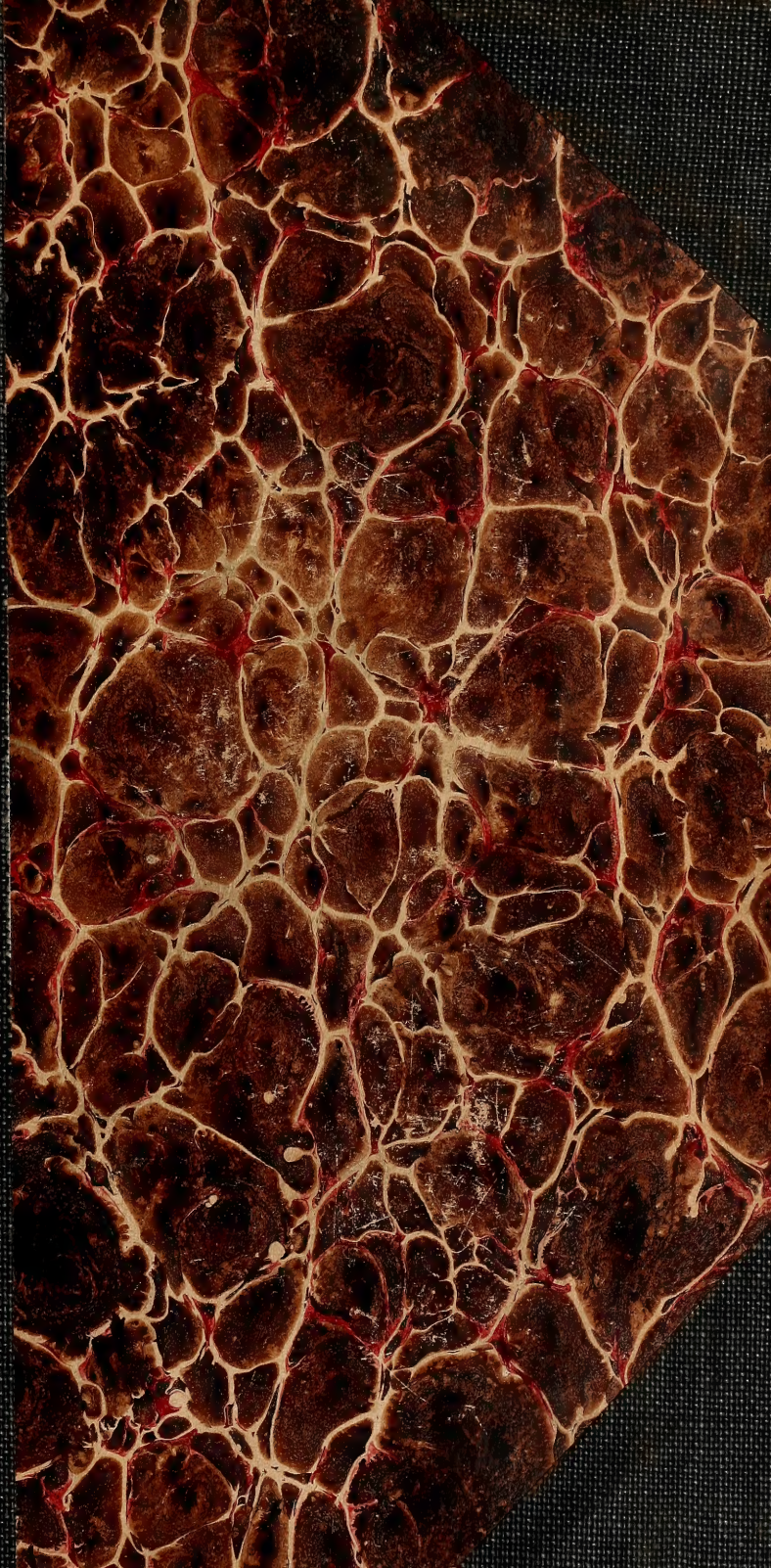


BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

http://www.archive.org/details/traitcliniquee002gill

Philip Coombs Knapp.

TRAITÉ

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE L'HYSTÉRIE

DU MÊME AUTEUR

L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal, *Préface de M. le prof. Brouardel.* In-8° de 583 pages. Paris, Plon et Cie, 1887; 2e édit., 1889.

Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines de Loudun; autobiographie d'une hystérique possédée, d'après le manuscrit inédit de la Bibliothèque de Tours; *Préface de M. le prof. Charcot.* In-8° de 321 p. et reprod. autographiques (avec M. le Dr G. Legué). Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1886.

Théophraste Renaudot, d'après des documents inédits. — **Un Essai de faculté libre au dix-septième siècle;** les Consultations charitables, la Gazette, etc. In-8° de 316 p. Paris, Plon et Cie, 1884.

Études cliniques et physiologiques sur la marche. — *La marche dans les maladies du système nerveux étudiée par la méthode des empreintes.* In-8° de 78 p. avec 31 fig. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1886.

Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. (Jumping, Latah, Myriachit, maladie des tics convulsifs, *maladie de Gilles de la Tourette.*) In-8° de 68 p. Delahaye et Lecrosnier, 1885.

La nutrition dans l'hystérie. In-8° de 116 pages. Paris, Lecrosnier et Babe, 1890 (avec M. H. Cathelineau).

Des attaques de sommeil hystérique. In-8° de 52 p. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1888.

Considérations sur les ecchymoses spontanées et sur l'état mental des hystériques. In-8° de 24 p. *Nouv. Iconogr. de la Salp.*, 1890.

De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques. In-8° de 40 p. *Id.*, 1889.

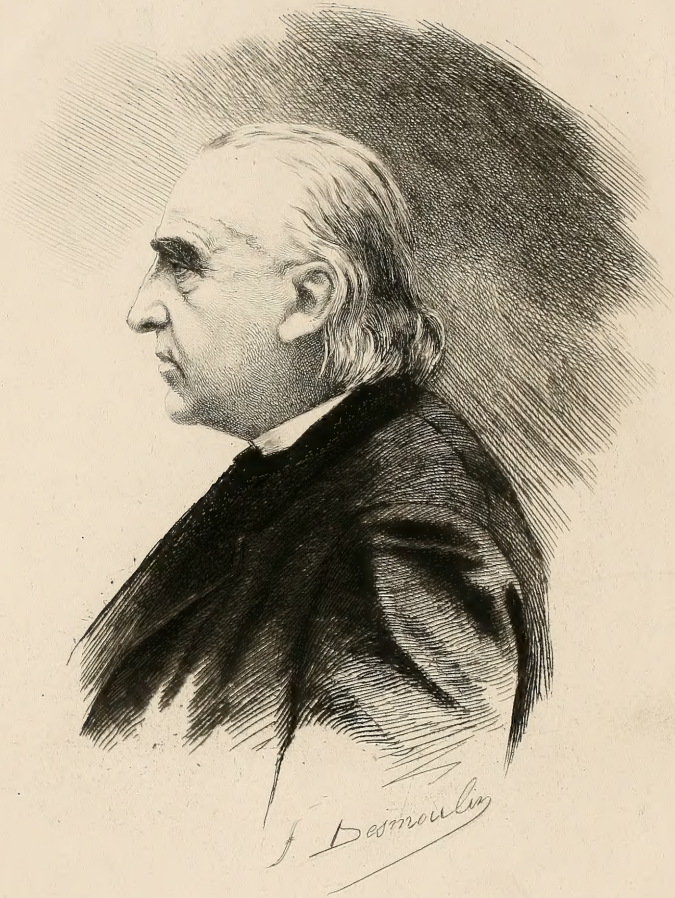
Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie (avec M. Dutil). In-8° de 32 p. *Ibid.*, 1886.

Contribution à l'étude des bâillements hystériques (avec MM. Huet et Guinon). *Nouv. Icon.*, 1890. — *L'attitude et la marche dans l'hémiplégie hystérique. Id.*, 1888. — *L'hystérie dans l'armée allemande. Ibid.*, 1890. — *Cinq cas de maladie de Friedreich* (avec MM. Blocq et Huet). *Ibid.*, 1888. — *Contribution à l'étude de la nutrition dans l'état normal et dans la fièvre du goitre exophtalmique* (avec M. Cathelineau). *Ibid.*, 1889.

Notes sur quelques paroxysmes hystériques peu connus : attaques à forme de névralgie faciale, de vertige de Ménière. *Progrès médical*, 1891. — *Le sang dans l'hystérie normale* (avec M. H. Cathelineau). *Ibid.*

La lésion médullaire de l'ostéite déformante de Paget (avec M. Marinesco), 1894.

La traduction allemande du premier volume du Traité de l'hystérie *devait être faite « sans adjonctions, ni annotations, ni ratures ». Cet engagement n'ayant pas été tenu, l'auteur ne se déclare responsable que des seules opinions émises dans l'édition française.*



CAEG

TRAITÉ

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE L'HYSTÉRIE

D'APRÈS

L'ENSEIGNEMENT DE LA SALPÊTRIÈRE

PAR LE DOCTEUR

GILLES DE LA TOURETTE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DES HOPITAUX
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX A LA SALPÊTRIÈRE
ANCIEN PRÉPARATEUR DU COURS DE MÉDECINE LÉGALE
LAURÉAT DE L'INSTITUT, DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE
ET DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE

PRÉFACE DE M. LE Pr J.-M. CHARCOT

« En une seule chose ne céderay-je à personne, en la recherche de la vérité. »
Théophraste RENAUDOT.

SECONDE PARTIE

HYSTÉRIE PAROXYSTIQUE

avec 63 figures dans le texte
et un portrait à l'eau-forte du professeur Charcot

I

PARIS
LIBRAIRIE PLON
E. PLON, NOURRIT ET Cie, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
RUE GARANCIÈRE, 10

1895

Tous droits réservés

BOSTON MEDICAL
MAR 11 1921
LIBRARY

MEDICAL
MAR 1 1 1901
LIBRARY

TRAITÉ

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE L'HYSTÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

LES PAROXYSMES HYSTÉRIQUES A FORME D'ATTAQUES ET D'ÉTATS DE MAL

CHAPITRE PREMIER

LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE

Considérations générales sur les paroxysmes.

PAROXYSME AIGU OU GRANDE ATTAQUE CONVULSIVE. — Fréquence comparative suivant l'âge et le sexe. — *Causes provocatrices :* émotions morales vives ; hypnotisations intempestives ; première attaque et attaques ultérieures : se coulent dans le même moule chez le même sujet.

Les aura : a) phénomènes prémonitoires : *b*) aura proprement dites.

Phénomènes prémonitoires psychiques : changements de caractère, tristesse, cauchemars, hallucinations ; — *physiques :* influence de la volonté sur leur prolongation et même sur leur disparition.

Aura proprement dites : Sensitives, sensorielles, motrices.

Aura céphalique ; troubles vaso-moteurs ; *aura commune* ou *ovarienne*, épigastrique ; cervicale ; *boule hystérique.* — Impuissance de la volonté sur l'arrêt des *aura* proprement dites.

Description de la grande attaque convulsive : toutes les phases se retrouvent dans les épidémies de possession. — Charcot et son École.

Première période ou épileptoïde : a) phase tonique ; *b*) phase clonique ; *c*) phase de résolution musculaire ou de stertor. — Durée ; gonflement du cou ; phénomènes pupillaires.

Deuxième période ou de clownisme : a) phase des attitudes passionnelles ; *b*) phase des grands mouvements. — Arc de cercle.

Troisième période ou des attitudes passionnelles. — Rêve de l'attaque. —

Hallucinations puisées dans l'état mental habituel : tristes, gaies, érotiques. — Zoopsie.

Quatrième période ou de délire : continuation de la troisième. — *Durée de l'attaque.* — Discussion sur la régularité de ses phases.

Diagnostic différentiel. — *Pronostic.* — L'attaque est un modificateur puissant du terrain hystérique.

L'hystérie se compose d'un fonds commun, les *stigmates*, sur lequel évoluent les *paroxysmes*. L'étude que nous avons faite des premiers va nous conduire à la connaissance des seconds.

Les paroxysmes, ainsi que leur nom l'indique, doivent être considérés comme de véritables phénomènes épisodiques dans le tableau symptomatique de la névrose : la contracture d'un membre n'est, par exemple, que l'exagération temporaire de la diathèse de même nom, toujours prête à sortir ses effets. Toutefois, dans certains cas, les paroxysmes peuvent prendre de tels caractères qu'ils semblent remplacer définitivement l'état normal : la contracture ou la paralysie s'installer à l'état presque permanent.

D'autre part, dans le domaine psychique, nous verrons que certains paroxysmes à forme somnambulique, connus depuis Azam sous le nom d'*états seconds*, peuvent devenir prédominants à tel point que l'*état prime* ou interparoxystique se trouve pour ainsi dire effacé, relégué tout à fait au deuxième plan.

Ceci dit pour montrer qu'en matière d'hystérie le paroxysme n'est pas toujours ce qu'indique la lettre, un état éminemment aigu et transitoire. A côté du *paroxysme aigu* ou *attaque*, il y a le *paroxysme prolongé* ou *état de mal*. Au degré le plus élevé nous avons l'*état paroxystique permanent* ou *état second*. Les mots n'ont en somme que la seule valeur qu'on leur attribue pour représenter des idées.

Il n'entre pas dans notre dessein de donner une classification des paroxysmes hystériques. Ils sont beaucoup trop variés pour s'y prêter : classification et description

feraient double emploi. Il nous plaît bien plus d'insister, dès maintenant, sur un de leurs caractères, le plus commun, le meilleur de tous peut-être : la possibilité, même après la durée la plus longue, d'un retour immédiat à l'état normal ou interparoxystique. Une paralysie de deux ans disparaîtra subitement, souvent d'ailleurs comme elle est venue ; une attaque de léthargie qui depuis un mois tient le malade isolé du monde entier, cessera de telle façon qu'il semble ne pas exister de transition entre la vie et la mort. Soudaineté dans l'apparition et dans la disparition, telle est la caractéristique la plus frappante des paroxysmes hystériques. Les muets qui parlent, les aveugles qui voient, les sourds qui entendent, les paralytiques qui marchent et les morts qui ressuscitent sont des hystériques. C'est l'hystérie qui réalise les guérisons auxquelles on a appliqué la qualification de miraculeuses.

Enfin, au point de vue des échanges nutritifs, les paroxysmes aigus et prolongés présentent des modifications telles, par rapport à l'état normal, qu'on peut en tirer les indications les plus utiles pour le diagnostic et le pronostic de ces manifestations de la névrose.

*
* *

Le plus fréquemment observé des paroxysmes aigus, le plus important peut-être par les développements de tout ordre qu'il comporte n'est autre que le *paroxysme convulsif* ou *attaque hystérique proprement dite*. C'est lui que nous envisagerons particulièrement dans ce chapitre, tout en faisant remarquer que bien des considérations dans lesquelles nous allons entrer, surtout en ce qui regarde ses causes, ses modes de début et de terminaison, sont applicables à un grand nombre d'autres accidents paroxystiques.

L'attaque convulsive est dans l'hystérie le phénomène traditionnel par excellence. C'est elle qu'ont notée les philosophes et les médecins de l'ancienne Grèce ; c'est

elle qu'ils se sont efforcés de différencier de l'accès du *morbus sacer,* de l'épilepsie. C'est elle que le moyen âge et la Renaissance représentent dans les documents figurés qui ont trait aux exorcismes; c'est le pivot de la discussion historique que nous avons exposée (1). Nous montrions alors que la phase traditionnelle de l'attaque s'était seulement terminée, pour entrer dans la voie expérimentale, avec les travaux de M. Charcot et de son École.

Nous ne reviendrons donc pas sur les périodes de son histoire, qui est celle de l'hystérie elle-même. Toutefois, il nous faut rappeler, pour ne pas faire de confusion dans les termes à employer, qu'avant les recherches de notre maître il existait deux hystéries : l'*hystérie vraie,* et l'*épilepsie hystérique* ou *hystéro-épilepsie.* L'hystéro-épilepsie à *crises mixtes* n'est autre que l'hystérie convulsive pure et simple; l'hystéro-épilepsie à *crises séparées* comprend d'une part l'hystérie, de l'autre l'épilepsie. Aujourd'hui cette terminologie qui prête à la confusion doit disparaître; il n'y a plus qu'une hystérie, une attaque hystérique variable en intensité, où l'épilepsie n'a rien à voir. D'autre part, un malade peut présenter successivement et toujours séparément des *attaques* d'hystérie et des *accès* d'épilepsie sans qu'il y ait plus de rapports véritables entre les deux névroses coexistantes qu'entre l'hystérie et l'ataxie par exemple, dont le même sujet peut être atteint. Dans la grande attaque hystérique (ou hystéro-épileptique, comme on disait encore), l'épilepsie n'existe que dans la forme, le fond reste uniquement hystérique. Ce sont là des faits établis à la fois, et par l'évolution clinique, et, comme nous le verrons, par l'analyse des échanges nutritifs.

Dans ce chapitre nous étudierons l'attaque type, la floraison la plus complète du paroxysme convulsif : nous aurons à montrer ensuite par quelle série de dégradations ou d'augments passe le type réel qui va servir de base à notre description. Les considérations générales dans les-

(1) Voy. t. I, ch. I.

quelles nous entrerons se rapportent à toutes les formes ou variétés du paroxysme convulsif.

*
* *

Quelle est dans l'hystérie, comparativement aux autres manifestations, la fréquence des paroxysmes aigus convulsifs, des attaques, pour prendre le terme consacré par l'usage?

Briquet, auquel il faut presque toujours se reporter lorsqu'il s'agit de statistiques, s'exprime ainsi (1) : « Les attaques de convulsions hystériques ne se rencontrent pas chez toutes les personnes atteintes d'hystérie : il en est qui éprouvent pendant un temps fort long tous les accidents de cette maladie, quelquefois à un degré assez élevé, sans jamais avoir d'attaques.

« Dans quelle proportion sont-elles relativement à celles qui ont des attaques? Les auteurs ne le disent pas. J'ai dû faire des recherches sur ce point, en voici le résultat : sur 421 hystériques dont j'ai pris l'observation, il y en avait 305 chez qui il y avait eu des attaques et 116 qui n'en avaient jamais eu; par conséquent les trois quarts de ces malades avaient eu des attaques.

« Mais comme il pouvait se faire que mes salles, que l'usage a affectées aux hystériques, continssent des malades plus fortement atteintes que celles des autres salles, j'ai visité toutes les malades de l'hôpital, tant en médecine qu'en chirurgie, et j'ai trouvé que, sur 65 hystériques, 38 avaient ou avaient eu des attaques et 27 n'en avaient jamais eu, ce qui donne un rapport d'un peu plus de 4 à 3.

« Si, de plus, on réfléchit que les femmes des classes supérieures à celle qui fréquente les hôpitaux, quoique peut-être plus impressionnables, sont exposées à beaucoup moins d'émotions violentes que le sont les premières, on trouvera, je pense, que ce n'est pas beaucoup s'éloigner de

(1) *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*, p. 345.

la vérité que de considérer comme probable que la moitié des femmes atteintes d'hystérie n'a pas d'attaques. »

C'est l'opinion à laquelle semble se ranger, sans l'approfondir d'ailleurs, Bernutz dans son article *Hystérie* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (1874, t. XVIII, p. 215). Mais plusieurs remarques sont à faire.

A l'époque où Briquet et Bernutz écrivaient, la compréhension de l'hystérie n'était pas telle que de nos jours. L'étude des stigmates permanents était à peine ébauchée; aussi beaucoup de sujets sans attaques, mais bien et dûment hystériques de par les stigmates que ces auteurs, ne connaissaient pas, ne sont pas compris dans leurs statistiques. Certaines manifestations, — abasie, mutisme, tremblement et ses diverses formes, — étaient presque totalement ignorées.

D'autre part, Briquet n'a pas fait entrer en ligne de compte la fréquence des paroxysmes chez l'homme, négligeant ce point de vue particulier, puisqu'il rapporte à peine, sur un total considérable d'observations, 7 cas d'hystérie masculine. Sa statistique doit donc être revisée à la lumière des découvertes les plus récentes.

Dans ces conditions, l'opinion suivante de M. Pitres (1) mérite toute notre attention.

« Bien qu'elles soient très fréquentes, dit-il, les attaques convulsives ne font pas nécessairement partie du cortège symptomatique de l'hystérie. Sur les 100 malades traités dans notre service depuis cinq ans, 63 seulement ont eu des convulsions hystériques.

« Les femmes y sont beaucoup plus sujettes que les hommes. Sur 69 femmes hystériques dont nous avons recueilli les observations, 56 ont eu des attaques convulsives, tandis que 7 hommes seulement sur 31 malades en ont été atteints. D'où il résulte que les attaques convulsives se montrent dans la proportion de 82 pour 100 des

(1) Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. I, 17e leçon, p. 207.

cas d'hystérie féminine et de 22 pour 100 des cas d'hystérie masculine. »

En résumé, en nous rapportant aussi aux faits que nous avons nous-même observés nous dirons : Les paroxysmes convulsifs sont très fréquents chez la femme surtout dans la période qui s'étend de l'apparition des règles à la ménopause, car il existe encore une question d'âge dont nous aurons à tenir compte. Il est peu de femmes hystériques adultes chez lesquelles on ne puisse assister à l'évolution des phénomènes convulsifs, surtout si l'on a bien appris à connaître les formes atténuées des attaques.

Chez l'homme adulte, les paroxysmes convulsifs sont beaucoup plus rares et moins souvent répétés : mais lorsqu'ils existent, ils gagnent en intensité ce qu'ils perdent en fréquence.

Chez la femme, les attaques sont un des grands facteurs de gravité de l'hystérie ; il peut en être de même chez l'homme, mais, beaucoup plus souvent, chez lui l'élément de gravité tiré des stigmates, et particulièrement des stigmates psychiques, prime celui qu'on pourrait déduire des phénomènes convulsifs.

*
* *

Chez l'*enfant* hystérique le mode convulsif est fréquent; c'est là pour ainsi dire l'application, justifiée d'ailleurs par l'observation, d'une loi générale de la pathologie infantile dans laquelle la convulsion se trouve si souvent notée. Ce fait se dégage nettement de la lecture des nombreux auteurs déjà cités qui se sont particulièrement occupés de l'hystérie dans l'enfance. Les petites filles surtout seraient sujettes aux paroxysmes.

Toutefois, M. Chaumier nous semble avoir singulièrement exagéré la fréquence des accidents convulsifs dans une communication à l'Académie de médecine (1er décembre 1892) sur « l'hystérie chez les nouveau-nés et les enfants au-dessous de deux ans ». En attribuant à la

névrose ces accès de colère subite avec cris, trépignements, projection sur le sol, nous pensons, en nous fondant sur des observations personnelles, que l'auteur n'a pas assez pensé aux épileptiques de l'avenir. D'autant, comme le remarque M. Chaumier lui-même avec raison, qu'il ne faut pas compter sur les stigmates, rares chez l'enfant, pour corroborer le diagnostic. Il conviendra donc de se montrer très réservé sur le pronostic de ces manifestations convulsives observées dans l'âge le plus tendre.

Chez l'enfant, le paroxysme convulsif revêt rarement d'emblée le type complet de la grande attaque ; celle-ci va se complétant avec l'âge (1). Certaines des périodes qui la constituent existent seules ou prédominent à l'encontre des autres. C'est ainsi que la convulsion est presque isolée dans la prime jeunesse alors que, chez les enfants plus âgés, la période délirante tend à empiéter sur les autres au point de les effacer. C'est évidemment l'évolution psychique qu'il faut incriminer dans la circonstance. La cause provocatrice influence singulièrement la forme du paroxysme, et nul doute que les agents qui sont susceptibles de provoquer le délire, le rêve de l'attaque, ne soient plus fréquents et plus efficaces chez l'enfant de huit à douze ans, au cerveau si impressionnable, que chez celui moins âgé, dont les actes vitaux sont surtout d'ordre végétatif.

(1) P. Blocq, *Hystérie maniaque infantile*, 1890. — Sollier, *Hystérie infantile à forme convulsive. France médicale*, n° 1, 2 janvier 1892, p. 2. — Railton, *Case of hysteria in a child six years of age following influenza. The Lancet*, 10 oct. 1891, p. 809. — Holmboe, *Et Tifælde af Hysteri i Barnealderen. Norsk Mag. f. Lægevidensk*, III, Bd, p. 29, an. *in Centralb. f. Nervenh. u. Psych.*, nov. 1891, p. 481. — Roller, *Hysterie bei einem Kinde. Allg. Zeits. f. Psych.*, Berlin, 1891-92, t. I, xlviii, p. 424. — Ayres, *Clinical notes on a case of hysteria in a boy eight years of age. Pittsburg med. Review.*, t. VI, p. 168, 1892. — Jolly, *Ueber Hysterie bei Kindern, Veroff. d. Hufeland Gesell.* (1892), *in Berlin. klin. Woch.*, 1893, p. 114. — Hoffmann, *Six cas d'hystérie infantile. Deut. med. Zeit.* n° 89, p. 10, 1893. — Kamienski, *Das Anfangstadium der Hysterie beim Kinde. Ein Versuch die hysterischen Erscheinungen zu erklaren. Jahresb. f. Kinderheilk.*, Leipzig, 1893, t. XXXVI, p. 294, 345, etc.

*
* *

L'attaque convulsive, si commune chez l'adolescent et chez l'adulte, diminue de fréquence à mesure que l'hystérique avance en âge; chez la femme, il y a parfois une légère recrudescence au moment de la ménopause, mais les phénomènes nerveux qu'on observe à cette période de la vie ne doivent pas tous être mis, comme on a trop de tendance à le faire, exclusivement sur le compte de l'hystérie. Il s'agit bien plus souvent d'un état mental particulier, sorte de vésanie transitoire, que des manifestations isolées de la névrose. Il se fait à ce moment des associations morbides dont l'hystérie est très coutumière.

Si à partir de l'âge de quarante à cinquante ans l'attaque devient peu fréquente, on peut dire que chez les vieillards elle doit être considérée comme une rareté. C'est un point qui a été bien mis en lumière par M. M. de Fleury dans son intéressant travail sur l'*hystérie sénile*. Bien que ses observations soient toutes relatives à des femmes, — lesquelles, nous le savons, plus que les hommes, sont sujettes à la convulsion, — il n'hésite pas à conclure que dans la vieillesse « les phénomènes convulsifs des membres sont à leur minimum ». Et il résume sa pensée dans la formule suivante (1) : « *Système nerveux moteur volontaire :* convulsions toniques, légères, fugaces, rigidités passagères, étirements, bâillements; *convulsions cloniques : jamais.* » Cette dernière proposition est, à notre avis, trop absolue. C'est l'exagération d'un fait réel dans son ensemble. Récemment encore nous observions une femme de soixante-dix ans sujette à des attaques d'hystérie convulsive.

Ainsi donc, communs chez l'enfant sous une forme un peu fruste, atteignant leur entier développement et leur plus grande fréquence chez l'adulte, particulière-

(1) De Fleury, *Contribution à l'étude de l'hystérie sénile*, 1890, p. 35.

ment chez la femme, les paroxysmes convulsifs de l'hystérie vont en diminuant à mesure que le sujet s'achemine vers l'âge mûr et la vieillesse. A mesure que le sujet vieillit, l'hystérie semble s'assoupir; elle perd ses dehors, mais elle gagne en profondeur : elle s'en prend aux viscères et tourmente les malades par une foule de sensations douloureuses ; elle reste dans la vieillesse aussi tenace qu'elle était active pendant la jeunesse.

*
* *

Sous quelle influence se montrent les attaques hystériques ? Il est bien entendu que nous ne voulons pas faire à nouveau l'exposé des agents provocateurs de l'hystérie ; notre intention est uniquement d'étudier la genèse directe des paroxysmes en général et de l'attaque convulsive en particulier.

Deux cas sont à considérer : 1° l'attaque a été ou semble avoir été la première et soudaine révélation de la névrose ;

2° L'attaque est un aboutissant pour ainsi dire, elle apparaît chez un sujet présentant depuis longtemps les stigmates de la névrose en dehors du paroxysme convulsif.

Lorsque l'attaque se montre d'emblée, en pleine santé apparente, il a toujours fallu des causes très actives pour lui donner naissance.

« Les attaques qui ont été le début de l'hystérie, dit Briquet (p. 351), ont toujours été provoquées par des causes très puissantes : ainsi une femme s'était trouvée inopinément, en 1848, au milieu du feu d'une barricade; une autre venait d'être violée, une troisième venait de voir son frère tomber d'une fenêtre élevée, etc., quelques instants avant d'avoir leur première attaque. »

Il en est des hommes comme des femmes. Un homme de cinquante-trois ans, du service de M. Charcot, exerçant la profession de menuisier, avait eu sur place sa première attaque en voyant son fils tomber d'un échafaudage et se

tuer à ses pieds (1). Chez les femmes et les jeunes filles, les émotions violentes, les attentats à la pudeur, les tentatives de viol sont des causes très fréquemment invoquées. Chez les enfants, ce sont encore les frayeurs très vives, la vue d'un incendie, etc., qu'il faut incriminer. Nous pourrions multiplier les observations.

En résumé, tout ce qui peut au suprême degré influencer l'esprit du sujet, enfant ou adulte, homme ou femme, est susceptible de déterminer la première manifestation de l'hystérie sous la forme d'une attaque et, particulièrement, d'une attaque convulsive.

Cette impression morale n'est pas toujours parfaitement appréciée par le sujet lui-même ou par l'observateur. Nous croyons en effet que le premier paroxysme peut débuter, par exemple, à la suite d'un rêve terrifiant. Nous savons quels rêves hantent le sommeil des hystériques ou des prédisposés à la névrose, quels romans s'y forment, quels attentats imaginaires peuvent s'y perpétrer. L'hystérique ne se souvient pas toujours du rêve de la nuit, mais inconsciemment le cerveau a reçu une impression assez vive pour réaliser au réveil un paroxysme convulsif. Dans la séance du 1er mars 1892 de la *Société neurologique* de New-York, M. Leszynsky (2) a rapporté l'histoire d'une fillette de dix ans et demi dont la première attaque débuta à la suite d'un rêve dans lequel elle avait éprouvé une violente terreur.

Les rêves déterminent surtout la répétition des attaques, chez les sujets qui n'en sont pas à leur premier paroxysme, par un mécanisme qu'il est facile de comprendre, étant donné que ce sont les individus en pleine possession de la névrose dont les nuits sont particulièrement troublées par les cauchemars terrifiants que nous avons étudiés.

Parmi les causes susceptibles de déterminer directement les attaques convulsives, il nous faut réserver une place spéciale aux pratiques intempestives d'hypnotisation.

(1) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1889, p. 292.
(2) Leszynsky, *Hysteria in a child. New-York med. Journ.*, 1892, p. 414.

Bien souvent, au lieu de l'hypnotisme qu'on cherchait à provoquer, c'est l'hystérie qui apparaît sous forme d'une attaque (1). C'est un sujet sur lequel nous nous sommes suffisamment expliqué (t. I, p. 74) pour n'avoir plus à y insister longuement. L'hypnotisme, nous le répétons, est le meilleur agent révélateur de l'hystérie. Pratiquement nous dirons encore qu'on ne sera autorisé à se servir de cet agent thérapeutique que chez les sujets hystériques où il n'y aura plus rien à perdre, c'est-à-dire chez ceux où une attaque ne comptera que pour peu de chose dans le bilan chargé de la névrose. A plus forte raison ne devra-t-on *jamais* chercher à le provoquer chez les sujets réputés sains ou se plaignant d'accidents nerveux de minime importance.

Chez les personnes prédisposées aux accidents hystériques, le seul fait d'assister aux séances des magnétiseurs suffit parfois à déterminer l'apparition des accidents convulsifs (2). Nous nous réservons de revenir sur ces faits dans le chapitre consacré au traitement de l'hystérie.

*
* *

Une fois le paroxysme installé, les causes qui provoquent son retour sont variables au point d'échapper à toute appréciation.

Le cerveau de l'hystérique est si impressionnable que la joie, la douleur, un phénomène physique quelconque, pourront rappeler l'attaque; la distraction, l'éloignement des agents provocateurs en connexion directe avec les mille incidents de la vie journalière auront au contraire pour effet de la rendre moins fréquente ou de l'annihiler au point de la faire disparaître.

Devant ces causes tout individuelles, on comprend combien la fréquence et aussi l'intensité des attaques

(1) J. Solow, *The consequences of an experiment with hypnotism. New-York med. Journ.*, 14 mars 1891, p. 300.

(2) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues*, 2e édit., p. 573.

peuvent varier suivant les sujets. Il en est chez lesquels l'attaque ne se montre qu'à de rares intervalles; chez d'autres, au contraire, elle apparaît tous les jours. Phénomène particulier, il est des malades qui ont quotidiennement une petite crise et chez lesquels la névrose ne revêtira jamais la forme d'une grande attaque; d'autres, au contraire, resteront indemnes de phénomènes convulsifs pendant des mois entiers et, une ou deux fois l'an, seront plongés pendant quinze jours consécutifs ou plus dans un état de mal. En matière d'hystérie, fréquence et intensité des attaques sont loin d'être synonymes, témoin ce qui arrive chez les hommes. La grande attaque n'est pas une attaque quotidienne. Et les sujets qui ont de grandes attaques en présentent rarement de petites dans leur intervalle.

Il faut bien qu'on sache, du reste, qu'au point de vue des phénomènes paroxystiques, l'hystérie se coule généralement dans un moule individuel dont la forme changera fort peu. Tel malade aura toujours des paroxysmes à forme de chorée rythmée, tel autre à forme de spasmes ou de tremblements. Même si la détermination paroxystique se rapporte à l'attaque proprement dite ou convulsive, qui présente tant de variétés, le sujet adoptera le plus souvent une de ces variétés en dehors des autres; les crises auront toutes la même formule, souvent ornée d'une note personnelle toute particulière.

Briquet (*op. cit.*, p. 330) semble avoir déjà fait cette remarque, mais les considérations dont il l'accompagne en atténuent singulièrement la valeur. « Je crois avoir remarqué, dit-il, que les femmes qui n'ont que des attaques spasmodiques ne les ont sous cette forme que parce qu'elles ont un caractère plus ferme que celles qui ont des attaques de convulsions. »

*
* *

Le paroxysme peut se montrer à toutes les heures de la journée, revenir plusieurs fois par jour; mais, à l'inverse

de l'accès d'épilepsie, on ne l'observe qu'exceptionnellement la nuit; c'est un point que M. Charcot a bien mis en lumière. La nuit, l'hystérique peut puiser dans ses rêves les germes provocateurs de l'attaque du lendemain; mais ce n'est ni pendant le sommeil ni au réveil, comme dans le mal comitial, qu'éclatera l'attaque. Celle-ci se montre à un moment plus avancé de la journée, plusieurs heures après le réveil, surtout dans l'après-midi, de quatre à six heures du soir; elle peut apparaître plus tardivement si le sujet, par exemple, ne se met au lit qu'assez avant dans la nuit; mais, une fois couché et endormi, il ne se réveillera pas pour avoir un paroxysme. Il est vrai qu'il faut tenir compte de ce fait que c'est surtout pendant le jour que l'hystérique sera en butte aux agents qui provoquent si souvent la crise : émotions morales, etc.

Chez certains sujets, les attaques se montrent périodiquement, pour ainsi dire à une heure déterminée. Dans ces cas, en cherchant bien, on découvrira presque toujours la cause déterminante.

« Nicole, dit Briquet (*op. cit.*, p. 318), rapporte que les religieuses d'un couvent étaient tranquilles toute la journée, mais qu'à six heures du soir elles commençaient à miauler, ce qui durait toute la soirée. » L'observation est trop écourtée pour prêter à considération, mais il n'en est pas de même des suivantes.

Une jeune fille de quinze ans, observée par le même auteur, tombait en crise toutes les fois qu'elle entendait les cloches de la pension, qui probablement lui rappelaient des souvenirs désagréables.

Un jeune enfant russe d'Odessa, d'origine israélite, observé par M. Charcot, avait régulièrement ses attaques à six heures du soir. A ce moment précis, le père, qui entourait son fils de soins qu'on pouvait dans la circonstance qualifier d'exagérés, tirait sa montre et la crise commençait. Il déterminait ainsi une sorte de suggestion dont l'enfant, fortement prédisposé d'ailleurs, était la première victime. Il suffit d'éloigner les parents, de distraire le

jeune malade, à cette heure fatidique, de ses préoccupations morbides habituelles pour voir les attaques revenir plus irrégulièrement d'abord et disparaître ensuite.

Presque tous les jours, une de nos malades avait, à sept heures du soir, une attaque de chorée rythmée ; l'éloignement de sa mère, névropathe au suprême degré, qui venait à cet instant précis lui rendre visite, rompit l'intermittence et assura la guérison.

Chez les femmes, *la période des époques menstruelles* est singulièrement favorable au retour des attaques ; il en est qui n'en souffrent qu'à ce moment seul. Normalement, à l'approche des menstrues, nombre de femmes non hystériques présentent un état nerveux bien connu. Beaucoup d'hystériques étant en plus dysménorrhéiques, on comprend dès lors combien ces malades, au moment des règles, seront sujettes au retour de leurs paroxysmes, l'exaltation des zones hystérogènes des ovaires si fréquentes ayant beau jeu pour se produire. D'où ce précepte que, si une hystérique est en voie de guérison de ses attaques, il faut laisser passer plusieurs époques pour affirmer la stabilité de la cure.

*
* *

Abordons maintenant la description des phénomènes qui constituent l'attaque convulsive type ou grande attaque hystérique.

Sous l'influence d'une très vive émotion morale, celle-ci a éclaté parfois d'une façon si soudaine qu'avant d'avoir pu analyser ses sensations, le sujet est tombé sans connaissance, terrassé par le mal. Ainsi nous verrons qu'il est certains hystériques chez lesquels l'attaque revêt presque toujours le caractère de l'apoplexie la plus brutale. Ces faits sont rares. Ordinairement le paroxysme est précédé par un ensemble de phénomènes presque toujours identiques chez le même sujet et sur la signification desquels le médecin et le malade ne se trompent guère d'habitude,

au bout d'un certain temps tout au moins. Nous avons nommé les *aura* hystériques sur lesquelles M. Charcot et son École ont beaucoup insisté avec juste raison.

Il était nécessaire, en effet, d'apporter quelque précision dans la description de cette période *préconvulsive* de l'attaque, comme l'appelle M. Pitres. Nombre de ces phénomènes étaient connus depuis la plus haute antiquité, mais la confusion n'en existait pas moins. Étaient-ce les troubles sensitifs ou les troubles sensoriels qui ouvraient la scène morbide? le point de départ de l'aura la plus commune, de la boule hystérique, signalée par Platon, était-il à la matrice, à l'épigastre ou à l'ovaire (1)? Tout cela a donné lieu à des discussions dont quelques-unes paraîtraient aujourd'hui bien fastidieuses. Ce qui est certain, c'est que les aura sont très variées, car leurs points de départ sont multiples. Force était donc, et c'est là qu'a été le mérite de M. Charcot, de les classer en prenant pour base un type connu, le plus fréquemment observé, sauf à tenir compte de certaines particularités souvent, à la vérité, de la plus haute importance.

Il faut savoir, en effet, que les phénomènes de l'aura peuvent être assez intenses pour dominer le paroxysme lui-même tout entier et masquer complètement son caractère convulsif, qui ne se traduira plus, par exemple, que par quelques secousses. Il n'est pas douteux que les paroxysmes à forme de migraine ophtalmique, à forme d'angine de poitrine, ne tirent leur caractère dominant de l'exagération d'une aura partie d'une zone hystérogène siégeant dans l'œil ou sur la paroi thoracique.

Ce sont là des faits particuliers que nous nous contentons d'indiquer pour le moment; ce qu'il nous faut ici étudier, c'est l'ensemble des phénomènes le plus communément observés, constituant l'*aura type*, l'*aura commune*, afin d'avoir toujours un point de repère, une base de comparaison dans la description des divers paroxysmes.

(1) Voy. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 323 et suiv.

L'aura doit être divisée en deux périodes : la première comprend les *phénomènes prodromiques* de l'attaque ; la seconde ceux de l'*aura proprement dite*. La division peut paraître subtile, elle n'en est pas moins juste, basée qu'elle est sur la clinique. Avec l'aura, l'attaque est pour ainsi dire commencée, elle suivra presque fatalement son cours, tandis que les phénomènes prodromiques peuvent beaucoup plus fréquemment ne pas évoluer plus avant vers le paroxysme.

*
* *

Les *phénomènes prodromiques de l'attaque* sont très variés : les plus intéressants et le plus souvent observés se passent dans la sphère psychique ou intellectuelle.

Dans la grande majorité des cas, ce sont certaines modifications du caractère qui ouvrent la scène et la dominent aussitôt. Les femmes se montrent tristes, maussades, impatientes ; un rien les irrite ; elles deviennent méchantes, trouvent que tout va mal, grondent, se querellent, pleurent sans motifs et soudainement rient de même, ont des besoins d'expansion subite, font preuve d'une activité inaccoutumée pour retomber bientôt dans l'apathie et le mutisme.

Chez les hommes, ce caractère triste des prodromes est encore plus marqué : ils sont taciturnes, recherchent la solitude ; si on essaye de les tirer de leur torpeur, ils se querellent volontiers. Dans les deux sexes, des hallucinations passagères de la vue ne sont pas rares. Elles rappellent celles que nous étudierons dans une autre période de l'attaque.

Comme ces phénomènes, qui durent parfois fort peu, de quelques minutes à quelques heures, et dont l'intensité est fort variable, peuvent se prolonger pendant plusieurs jours, deux, trois et même plus, les nuits se ressentent singulièrement du trouble mental qui existe pendant la veille. C'est surtout pendant cette période que les rêves et les cauchemars tourmentent le sommeil par leur floraison

la plus luxuriante. Ce ne sont que visions d'animaux fantastiques, chutes dans des précipices insondables, rêves professionnels : c'est l'exagération à son *summum* de l'état si troublé normalement du sommeil dans la névrose.

Il n'est pas douteux pour nous que l'ensemble de ces changements dans le caractère puisse constituer chez certains sujets l'*équivalent psychique* d'un paroxysme qui bornera là ses efforts. De temps en temps, certaines femmes « ont leurs nerfs », comme on dit vulgairement ; elles deviennent insupportables à tout le monde, rient et pleurent avec la même facilité, vont, viennent, sortent, rentrent avec une allure désordonnée ou se confinent dans quelque coin ; les phénomènes prodromiques ont remplacé l'attaque, ou, si l'on aime mieux, l'ont constituée tout entière.

La volonté peut avoir de l'influence sur l'évolution des prodromes. Combien de fois n'avons-nous pas vu certaines de nos malades de la Salpêtrière, prises le matin du jour d'une sortie impatiemment attendue des phénomènes prodromiques de l'attaque, faire des efforts excessifs de volonté, sortir et n'avoir leur accès que le soir en réintégrant l'hôpital ! A ce moment, elles s'abandonnaient volontairement et la crise se développait, car pour beaucoup le paroxysme est pour ainsi dire une véritable soupape par où s'échappe une exaltation nerveuse qui les fatigue horriblement. Il est des malades qui peuvent lutter davantage, un ou deux jours, par exemple, et arriver de cette façon à faire avorter complètement la crise ; mais certaines d'entre elles nous ont dit bien souvent qu'elles souffraient ainsi beaucoup plus longtemps que si elles avaient laissé les choses suivre leur cours normal.

La volonté peut donc avoir une influence d'arrêt sur les *phénomènes prodromiques* de l'attaque, mais grâce seulement à une lutte morale de tous les instants, excessivement fatigante pour le sujet, qui, dans la majorité des cas, préfère s'abandonner à l'évolution ordinaire du paroxysme.

Cette influeuce est par contre presque nulle sur les phé-

nomènes de l'*aura proprement dite ;* il faut alors faire intervenir des agents physiques : compression ovarienne, inhalations d'éther, injections sous-cutanées de morphine qui, le plus souvent d'ailleurs, ne font que retarder de quelques moments l'apparition du paroxysme lui-même, car, nous le répétons, avec l'aura l'attaque est commencée. Ce que nous venons de dire justifie donc la division d'ailleurs généralement adoptée de l'aura en deux périodes.

Pendant la période prémonitoire et lorsque celle-ci dure assez longtemps, les fonctions digestives sont souvent languissantes ; l'appétit est irrégulier ou perverti : le goût marqué que beaucoup d'hystériques ont pour les aliments acides s'exalte encore, comparativement à l'état normal. Parfois les troubles digestifs s'accentuent davantage, mais il s'agit là de cas exceptionnels.

Nous avons observé à la Salpêtrière un jeune homme chez lequel les prodromes de l'attaque étaient constitués par les symptômes non douteux d'un embarras gastrique de moyenne intensité. Concurremment avec les phénomènes mentaux que nous avons avons décrits : bizarreries de caractère, insomnie, l'appétit devenait presque nul, un sentiment de faiblesse générale envahissait le malade, la langue se couvrait d'un enduit blanchâtre ; il y avait des régurgitations, des nausées, parfois des vomissements et aussi quelques selles diarrhéiques, le tout sans fièvre. Ces manifestations précédaient trop régulièrement les attaques d'ordre convulsif pour qu'on pût se méprendre sur leur signification et les attribuer à toute autre cause qu'à l'influence du paroxysme lui-même. Le malade, du reste, bien qu'elles se prolongeassent parfois pendant douze jours, n'en ignorait pas la portée.

C'est qu'en effet, nous l'avons dit, les hystériques arrivent à connaître parfaitement la valeur de ces prodromes. Si on cherche à les tirer de leur mutisme obstiné, ils savent très bien répondre : « Laissez-moi tranquille, je sens que je vais avoir mon attaque », et beaucoup s'y préparent, non sans lutter parfois, comme nous

l'avons vu. Se sentant vaincus, il en est qui préparent leur lit, d'autres qui se couchent la tête entre les draps pour fuir la lumière et se font mettre, de propos délibéré, certaines entraves usitées (à la Salpêtrière) en pareil cas, afin de ne pas se blesser lors des grands mouvements du paroxysme convulsif.

Ces prévisions deviennent la réalité lorsque apparaissent les *aura* proprement dites.

*
* *

Celles-ci sont très variées, le plus souvent d'ordre *sensitif* ou *sensoriel*, quelquefois *motrices*, comme dans les paroxysmes à forme d'épilepsie partielle ; les phénomènes qui les caractérisent s'enchevêtrent du reste si fréquemment qu'il devient parfois difficile de noter leur exacte succession. On peut dire surtout qu'à cette période il y a une exaltation générale de toutes les zones hyperesthésiques ou hystérogènes, de tous les stigmates en un mot qui existent chez le malade. Ces zones, qui sommeillaient pendant l'état interparoxystique, entrent en activité, deviennent excitables : elles sont maintenant le siège de douleurs spontanées, parfois très vives, à caractère névralgique. L'une d'entre elles s'exalte davantage que les autres : c'est de ce point que partira l'aura la plus rapprochée de l'attaque.

A part ces cas où l'exaltation permanente des zones hyperesthésiques-hystérogènes détermine ce caractère douloureux que nous avons décrit dans les paroxysmes à forme d'angine de poitrine, de méningite (1), etc., bien plus souvent, pendant l'attaque convulsive, à l'exaltation des zones succède une anesthésie totale dont la disparition marquera à son tour la fin du paroxysme. On peut, pendant l'attaque, piquer la peau, la brûler, frapper sur le ventre à coups redoublés avec un corps contondant, comme dans les anciennes possessions démo-

(1) Voy. t. I, ch. VII.

niaques, promener un corps étranger sur la cornée, un flacon d'ammoniaque sous les narines, ou verser de l'eau très chaude dans le conduit auditif, le sujet reste insensible à toutes ces provocations. Ce trouble si profond de la sensibilité va devenir un des symptômes les plus caractéristiques du paroxysme ; en réalité, l'hyperesthésie qu'on observe parfois dans certaines formes est un phénomène entièrement de même ordre.

L'aura le plus communément observée, celle qui, chez la femme, part de la région ovarienne, s'accompagne presque toujours de phénomènes variés, sensitifs ou sensoriels, dont nous allons d'abord dire quelques mots.

Nous connaissons les perversions ordinaires du goût et leur accentuation dans la période prodromique ; la sécrétion abondante et aqueuse de la salive, qu'on observe alors, indique parfois que l'attaque est très proche (1). Le malade perçoit des odeurs, quelquefois suaves, bien plus souvent nauséabondes ; la vue s'obnubile passagèrement, et même la cécité peut être complète pendant toute la durée de l'attaque. Puis surviennent des bourdonnements d'oreilles avec rétrécissement du champ auditif, des sifflements assez intenses pour faire croire, dans certains cas où ils s'accompagnent de vertiges, à une véritable maladie de Ménière. En même temps, les tempes sont le siège de battements douloureux que les malades comparent à de violents coups de marteau.

Ces phénomènes *céphaliques,* qui coexistent parfois avec l'exaltation de la zone hyperesthésique du cuir chevelu connue sous le nom de *clou hystérique*, sont très fréquents et manquent rarement au début des paroxysmes convulsifs ou autres.

A rapprocher de ces battements des tempes les palpitations douloureuses dont la réalité est facile à constater. Elles font rarement défaut et sont perçues par les malades dans toute la poitrine, jusque dans la région cervicale ;

(1) P. Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie*, 2e édit., p. 16.

dans certains cas il n'est pas douteux que les battements temporaux soient sous leur dépendance immédiate.

Les troubles *vaso-moteurs* s'observent aussi. Une des malades de Paul Richer (*op. cit.* p. 17) avait, précédant ses attaques, ce qu'elle appelait *ses rougeurs*. Le front, les deux joues, les oreilles, étaient rouges et chauds au toucher, contrastant ainsi avec le bas de la figure, qui était très pâle.

Chez une malade observée par Rosenthal (1), les phénomènes vaso-moteurs étaient encore plus accentués. L'attaque avait pour signes précurseurs une sensation subjective de froid et une décoloration des mains et du bout des doigts. Les deux mains devenaient très pâles, le bout des doigts et des ongles d'un bleu foncé. La température des mains, qui était de 33° 4 C. à l'état normal, tombait à 30° 6 C. ; le pouls baissait de 72 à 65 ou 66. L'attaque finie, la température remontait à 35° 6 ou 35° 8, la chaleur reparaissait, les doigts et les ongles devenaient très rouges, étaient le siège d'une transpiration abondante, et le pouls se relevait à 84-88.

Dans l'observation III de la thèse de M. Gaube (2), on note aussi pendant l'aura les phénomènes du « doigt mort ». Nous avons observé un cas analogue aux deux précédents.

La diathèse d'amyosthénie s'accentue, les membres du côté anesthésique deviennent lourds, font à peine monter le dynamomètre de quelques divisions.

Souvent les membres sont agités par des tremblements, par des secousses, par des crampes, douloureuses ou non, qui vont parfois jusqu'à la contracture.

Tous ces phénomènes, qui en se groupant d'une certaine façon peuvent former autant d'aura particulières, sont, on le comprend, variables suivant les sujets ; mais ce qui l'est beaucoup moins, c'est, avons-nous dit, une aura spé-

(1) Rosenthal, *Traité clinique des maladies du système nerveux*, trad. Lubanski, p. 471.

(2) Gaube, *Recherches sur les zones hystérogènes*. Bordeaux, 1882.

ciale, la plus fréquente de toutes, connue depuis la plus haute antiquité chez la femme. Nous voulons parler de l'*aura ovarienne* ou *abdominale*, attribuée par Hippocrate et Platon à l'ascension de l'utérus. Elle a servi pendant longtemps à qualifier la névrose : pour Ambroise Paré, attaque d'hystérie et suffocation de matrice étaient synonymes (1).

« La femme, dit-il, au-paravant que ces accidents (l'attaque) adviennent, sent monter de sa matrice une très grande douleur jusques à la bouche, de l'estomach et au cœur, et luy semble qu'elle estouffe et dit sentir monter quelque morceau ou autre chose qui luy clost le gosier, avec grand battement de cœur. »

L'opinion d'après laquelle l'utérus était le siège de l'aura régnait encore à l'époque de Louyer-Villermay et de Broussais. Briquet localise ces phénomènes au creux épigastrique. Après les recherches de Piorry (1833), de Schutzemberger (1846), de Négrier (1858), l'ovaire est particulièrement incriminé. M. Charcot montre définitivement combien cet organe est fréquemment le siège d'une zone hystérogène, et il n'est pas douteux que dans la majorité des cas l'aura abdominale n'ait pour point de départ les exaltations de cette zone (2).

Cliniquement, ce qu'il faut savoir, c'est que la pression ou l'exaltation spontanée des zones hystérogènes situées au-dessous de l'ombilic donne lieu, quelles que soient les zones, à une sensation particulière de constriction épigastrique ; de même que l'exaltation des zones de la région sus-abdominale produit primitivement la sensation de strangulation qu'on observe consécutivement d'ordinaire à cette constriction. L'épigastre est simplement le lieu de passage commun des sensations de l'aura partie des zones hystérogènes sous-ombilicales, de même que la région cervicale en est le dernier terme ou

(1) *Les œuvres d'Amb. Paré.* Paris, 1607. *Les signes que tost la femme aura suffocation de matrice,* p. 975.

(2) Pour cette discussion, voy. t. I, ch. VI.

le premier lorsque l'aura se développe au-dessus de la région épigastrique.

Le plus souvent donc, chez la femme la région abdominale latérale, celle qui est occupée par une zone ovarienne, devient le siège d'élancements douloureux. La douleur tend à irradier dans tout l'abdomen; dans un cas, P. Richer l'a vue envahir le membre inférieur correspondant à la zone ovarienne (*op. cit.*, p. 18). Rapidement elle gagne la région épigastrique (*premier nœud* de Piorry). Les malades ont la sensation de *quelque chose qui remonte* vers le creux de l'estomac et qui, arrivé là, les oppresse. Certaines défont leurs vêtements, délacent leur corset, toute pression à ce niveau exagérant singulièrement cette sensation de constriction si pénible.

La *boule* ou le *globe hystérique*, pour employer l'expression des malades eux-mêmes, consacrée d'ailleurs par l'usage, peut ne pas aller plus loin et l'attaque éclater; mais, dans la grande majorité des cas, elle remonte encore plus haut. Semblant suivre le trajet de l'œsophage, qui devient, lui aussi, le siège d'une sensation de constriction douloureuse, la boule arrive au cou (*deuxième nœud* de Piorry); elle saisit pour ainsi dire les malades à la gorge, produisant les phénomènes extrêmement pénibles d'une strangulation imminente. Ils s'agitent, poussent des cris sourds ou aigus, font des efforts de déglutition, d'inspiration, et cherchent à enlever avec leurs mains crispées le lien imaginaire qui les étrangle.

A ce moment, les phénomènes céphaliques que nous avons décrits sont dans leur plein. Soudain la face pâlit, puis se congestionne, les yeux roulent dans leur orbite, la malade s'affaisse, l'attaque est commencée.

Nous avons dit que la durée des *phénomènes prémonitoires* était très variable, parfois fort longue, et que cette période pouvait se terminer sans attaque. Il n'en est pas de même de l'*aura proprement dite*. Sa durée est toujours courte; elle se termine presque constamment, sinon toujours, par l'attaque, dont elle n'est, en somme, qu'une phase véritable.

Ce qui permettrait de supposer que l'attaque peut pour ainsi dire se borner à son aura, c'est que les phénomènes si variés de celle-ci, si divers suivant les individus, impriment souvent au paroxysme lui-même un caractère tout spécial. L'exaltation d'une zone hystérogène de la face sous forme de névralgie peut faire croire, par exemple, que l'attaque ne va pas au delà de son aura, mais il n'en est réellement pas ainsi, et ces aura, soi-disant prolongées, s'accompagnent toujours, lorsqu'on y regarde de près, de phénomènes physiques et psychiques qui font eux-mêmes partie intégrante de l'attaque.

Chez l'homme aussi, l'aura à point de départ abdominal est fréquente : nous avons dit, en effet, que, chez lui, les zones hystérogènes le plus souvent observées étaient les zones *pseudo-ovariennes* et les zones *testiculaires*. Le globe hystérique se comporte, à partir de l'épigastre, de la même manière que chez la femme; les autres phénomènes de l'aura sont également identiques.

Quelle est la nature essentielle des phénomènes de la boule hystérique, que les anciens auteurs attribuaient à l'ascension de la matrice? Il est difficile de répondre. Ce n'est pas que les théories manquent, mais la plupart sont aussi peu dignes d'attention que la précédente. Georget attribuait cette sensation à la convulsion successive du diaphragme, de l'œsophage, et quelquefois à celle des muscles abdominaux. Le spasme des muscles abdominaux nous paraît des plus douteux, mais nous adopterions volontiers l'opinion de Georget, en ce qui regarde le spasme des muscles de l'œsophage, du pharynx et du larynx, en considérant combien souvent, au début de l'attaque, l'inspiration est pénible, sifflante, et la déglutition parfois impossible.

*
* *

Avant les recherches de Charcot et de son École, rien ne paraissait plus variable que les phénomènes de l'attaque d'hystérie convulsive. Il semblait qu'il fût impossible de

reconnaître une loi quelconque d'évolution au milieu de ces convulsions, de ces poses extatiques, de ce délire, qui constituent le paroxysme. M. Charcot eut l'extrême mérite d'établir, sur des bases certaines, que cette confusion n'était qu'apparente et que toutes les variétés de l'attaque dérivaient d'un type dont il traça de main de maître la symptomatologie. Ce jour-là, M. Charcot fit plus en une fois que tous ses devanciers réunis, car il montra que ce protée insaisissable qu'on nommait l'hystérie obéissait à des lois même dans ses manifestations qui, en apparence, échappaient le plus à toute classification. Il introduisait ainsi dans l'étude de la névrose une méthode rigoureuse d'observation qui devait le conduire à des résultats laissant bien loin derrière eux ceux qu'on avait jusqu'alors obtenus.

La grande attaque hystérique, avec ses périodes si distinctes, n'est pas née, comme le veulent certaines opinions dont nous montrerons plus loin le peu de fondement, de la description même que, le premier, en donna M. Charcot. Les auteurs qui ont précédé notre maître en avaient aussi vu les diverses phases, mais sans chercher à les coordonner dans un tout harmonieux.

Pour ce qui est des écrivains de la première moitié du siècle, on peut dire que les idées particulières qu'ils possédaient sur les rapports qu'affectent entre elles l'hystérie et l'épilepsie, les avaient conduits à des descriptions qui se ressentent beaucoup plus de leurs conceptions théoriques que de la réalité des faits cliniques.

Au point de vue historique, il est donc bien plus fructueux de se reporter à certaines relations des temps passés dans lesquelles une hystérique : Nicole Obry, 1578 (1), Françoise Fontaine, 1591 (2), sœur Jeanne des Anges,

(1) Bouloese, *Le thrésor et entière histoire de la triomphante victoire du corps de Dieu sur l'esprit maling Beelzebub obtenue à Laon, l'an mil cinq cens soixante-six*. Paris, 1578.

(2) *Procès-verbal faict pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers*, 1591. Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1883. (Collection Bourneville.)

1633 (1), est longuement mise en scène par des observateurs, la plupart du temps ignorants des choses de la médecine, et qui par cela même se contentent de noter les faits tels qu'ils les ont observés.

Au courant de notre description, il nous sera facile de montrer, par comparaison, que les hystériques du seizième ou du dix-septième siècle présentaient de la façon la plus frappante et la plus régulière les phénomènes constitutifs de la grande attaque hystérique telle que l'a décrite M. Charcot. C'est là, du reste, un travail d'exégèse médicale qui ne manque pas d'intérêt.

La grande attaque hystérique a été admirablement étudiée par MM. Bourneville et Regnard dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière,* mais M. Paul Richer lui a élevé un monument impérissable. S'aidant de l'appareil de Marey, il a pu rigoureusement enregistrer une à une toutes ses phases ; artiste de grand talent, son crayon a saisi sur le vif toutes les attitudes et les a irrémédiablement fixées (2).

Nous ne saurions donc mieux faire que d'emprunter beaucoup à la description qu'il en a donnée, en l'illustrant par les figures qu'il a bien voulu nous permettre de reproduire.

*
* *

La grande attaque hystérique décrite par M. Charcot et ses élèves se compose d'une série de phases ou périodes dont M. Grasset (3) a condensé les principaux traits dans le tableau suivant :

Période prémonitoire.	Prodromes. *Aura hysterica.*	Troubles psychiques et hallucinations. Troubles des fonctions organiques. Troubles de la motilité. Troubles de la sensibilité.

(1) Lecué et Gilles de la Tourette, *Sœur Jeanne des Anges.*
(2) *Études sur la grande hystérie.* 2e édit., 1885.
(3) Art. *Hystérie* du *Dict. encyclop. des sciences méd.*

PREMIÈRE PÉRIODE. *Période épileptoïde.*	Phase de début } avec mouvements. Phase tonique } avec immobilité tétanique. Phase clonique. Phase de résolution musculaire.
DEUXIÈME PÉRIODE. *Période des contorsions et des grands mouvements, clownisme.*	Phase des contorsions ou des attitudes illogiques.
TROISIÈME PÉRIODE.	*Période des attitudes passionnelles ou des poses plastiques.*
QUATRIÈME PÉRIODE.	*Période de prolongation : période de délire* (délire, hallucinations, zoopsie, troubles du mouvement).

Nous connaissons la période prémonitoire et les phénomènes de l'aura ; étudions maintenant la *première période* de *l'attaque* ou *période épileptoïde.*

L'aura terminée ou si l'attaque a un début subit comme dans les cas où l'on presse violemment une zone hystérogène très sensible, le sujet s'affaisse par terre ou se renverse sur son lit, lorsque, averti par l'aura, il avait pris certaines dispositions.

Contrairement à l'opinion de Briquet, M. Charcot enseigne que l'hystérique en tombant ne crie pas. Parfois cependant il émet un son rauque, dû au spasme inspiratoire, un bruit pharyngien occasionné par une vibration du voile du palais ou par des mouvements bruyants de déglutition qui ne sauraient être comparés au cri strident que pousse l'épileptique dans sa chute sur le sol.

A partir de ce moment, pendant la durée de la première période de l'attaque, la *perte de connaissance* est complète ; tous les modes réactionnels de la sensibilité générale ou spéciale sont abolis ; la mémoire de ce qui s'est passé pendant cette période fera défaut au réveil.

Aussitôt après la chute, la *phase tonique de la période épileptoïde* commence.

« Les convulsions toniques, dit M. P. Richer (p. 45), ont une physionomie particulière suivant les malades.

Elles sont générales, mais le plus souvent avec une prédominance marquée d'un côté.

« La tête se raidit, se renverse lentement en arrière, faisant saillir le cou qui se gonfle, ou bien demeure rectiligne, un peu penchée en avant entre les deux épaules, qui s'élèvent. La face, excessivement pâle tout d'abord, ne tarde pas à se congestionner. Le front se ride, les yeux convulsés cachent habituellement leur pupille sous la pau-

Fig. 1. — Phase tonique. Saillie de la langue qui se meut d'une commissure à l'autre. (P. Richer.)

pière supérieure ou roulent dans l'orbite. La pupille est dilatée ou quelquefois, au contraire, elle semble resserrée. L'immobilité n'existe pas plus à la face que sur le reste du corps. La bouche s'ouvre démesurément, la langue sort quelquefois et se meut d'une commissure à l'autre (1),

(1) Cette protrusion de la langue accompagnant la convulsion des globes oculaires a été admirablement reproduite par Rubens dans une étude pour la *Possédée* qui est au musée de Vienne, chez laquelle le *gonflement du cou* est des plus manifestes. (Charcot et P. Richer, *Les démoniaques dans l'art*, p. 63.) Nous notons les mêmes phénomènes chez Nicole Obry. « La demoniacle donc encores que, comme dict est, elle fust assise et tenüe sur des aurilliers, si ne se laissoit-elle à se remüer tout le corps, tour-

ou bien les mâchoires sont fortement serrées et, par un mouvement de diduction du maxillaire inférieur, la malade fait entendre un grincement de dents souvent très intense. Le nez se plisse différemment. Enfin toute la figure est grimaçante. Cette distorsion de la physionomie se produit avec une lenteur relative, et par là même se distingue de l'agitation convulsive et partielle des traits qui marque la phase clonique (fig. 1). »

La respiration s'arrête brusquement comme dans le phénomène de l'effort. Toutefois, il se fait de temps à autre de profondes inspirations, le soulèvement abdominal

Fig. 2. — Représentation schématique des grands mouvements toniques. (P. R.)

s'effectuant en même temps et aussi brusquement que l'ampliation thoracique. Concurremment il se produit un *gonflement du cou* expressément signalé dans les anciennes possessions démoniaques (1). Ce gonflement subit pendant la durée de l'attaque des alternatives d'augmentation et de diminution correspondant aux quelques inspirations rapides que nous avons indiquées.

Les membres participent bientôt à ces convulsions

nant encore d'avantage la teste çà et là ayant la *bouche ouverte*, sans toutes fois remuer ne les lèvres, ne la *langue longuement tirée*... La langue noire quelques fois rouge tirée jusques au menton quelques fois doublée comme un cornet d'oublie ou gouttière. » Bouloese, *Le Thrésor*, p. 171, 121 (G. T).

(1) « Nicole ayant la bouche ouverte comme à y laisser entrer une noix et ayant un' *enfleure au dessoubs de la gorge*, ou à mieux vray dire, au dessoubs du menton en la gorge... » *Le Thrésor*, p. 57.

toniques : ils exécutent des mouvements variés, mais qui se répètent presque toujours de la même façon chez le même malade.

« Le plus souvent, dit M. P. Richer, les bras exécutent de grands mouvements de circumduction qui peuvent se décomposer ainsi (fig. 2). D'abord mouvement de pronation avec flexion des poignets ; le pouce contre la paume de la main est recouvert plus ou moins par les doigts fortement fléchis; puis les bras s'élèvent, le coude se fléchit ensuite, ramenant la main au niveau de la figure, et le membre tout entier reprend sa position première, étendu

Fig. 3. — Phase tonique. Mouvement de circumduction des membres supérieurs. Grands mouvements toniques. (P. R.)

le long du corps, en accusant le mouvement de pronation (fig. 3). Ces mouvements se répètent trois ou quatre fois de suite.

« Les jambes sont en même temps animées d'un mouvement analogue, se fléchissant ou s'étendant tour à tour avec lenteur (fig. 4). La convulsion se montre quelquefois d'un seul côté, et un seul bras exécute le grand mouvement dont il vient d'être question.

« Le tronc, pendant que les membres s'agitent, ne demeure pas immobile; il se tourne de côté, se fléchit ou s'étend. »

Cette première période de la phase tonique est généralement très courte, de quelques secondes à une ou deux minutes de durée, puis le sujet se trouve immobilisé par

la tétanisation musculaire portée à son *summum* d'intensité.

La position du malade immobilisé est « variable; le plus souvent il est dans l'extension complète et le décubitus dorsal.

« La tête est renversée en arrière, le cou gonflé au plus haut degré, les veines y dessinent des cordes saillantes. Il est fortement cyanosé ainsi que la face, devenue bouffie, et dont les traits sont contracturés et immobiles. Les bras

Fig. 4. — Phase tonique. Grands mouvements toniques des membres inférieurs. (P. R.)

sont étendus dans l'adduction et la rotation en dehors, le poignet fléchi, le poing fermé; parfois les deux mains ramenées vers le milieu du corps se touchent par leur dos et même se croisent. Les membres inférieurs sont également dans l'extension, les genoux fortement appliqués l'un contre l'autre et les pieds en pied bot équin tournés en dedans ou en dehors.

« Le tronc raidi comme une barre de fer repose sur le dos ou sur l'un des côtés ; il est fréquemment courbé en arrière, comme dans l'opisthotonos.

« Telle est l'attitude qui paraît la plus commune, mais

elle peut varier beaucoup (fig. 5). Le tronc et les membres diversement fléchis ou étendus donnent aux malades les positions les plus imprévues et les plus bizarres, que l'on serait tenté de confondre avec les contorsions de la deuxième période dont nous parlerons plus loin, si l'on ne remarquait qu'au tétanisme musculaire s'ajoutent ici deux phénomènes épileptoïdes importants : la perte de la connaissance et le spasme de la respiration.

« C'est ainsi que le corps courbé en arrière et ne reposant plus que sur les pieds et la tête peut simuler l'*arc de cercle,* et que les bras étendus perpendiculairement au

Fig. 5. — Phase tonique. Attitude tétanique. (P. R.)

tronc peuvent faire croire à l'attitude du crucifiement, qui est parfois une attitude passionnelle de la troisième période (fig. 6). »

Mais bientôt, sans discontinuité, apparaît la deuxième phase de la période épileptoïde ou *phase clonique.*

Celle-ci débute par de rapides et brèves oscillations du membre tétanisé en premier lieu, puis ces phénomènes se généralisent aux autres membres et au tronc (fig. 7); les traits de la face sont agités convulsivement, et la tête est animée d'oscillations rapides aussi bien que les membres. « La respiration suspendue jusqu'alors reprend péniblement. Puis elle s'effectue dans le plus grand désordre : l'inspiration est sifflante et l'expiration saccadée ; il y a parfois des hoquets ; des mouvements bruyants

de déglutition se produisent et le ventre est agité de secousses avec borborygmes sonores (1). »

Toutes ces convulsions cloniques sont pour ainsi dire indépendantes les unes des autres. Pendant la respiration à l'état normal, l'ampliation thoracique se fait en même temps que le soulèvement abdominal; il n'en est pas de même dans la circonstance. Les muscles de l'abdomen, remarque M. P. Richer, sont pris de convulsions cloniques analogues à celles qui existent dans les autres parties du corps, et il en résulte, entre les mouvements du thorax et

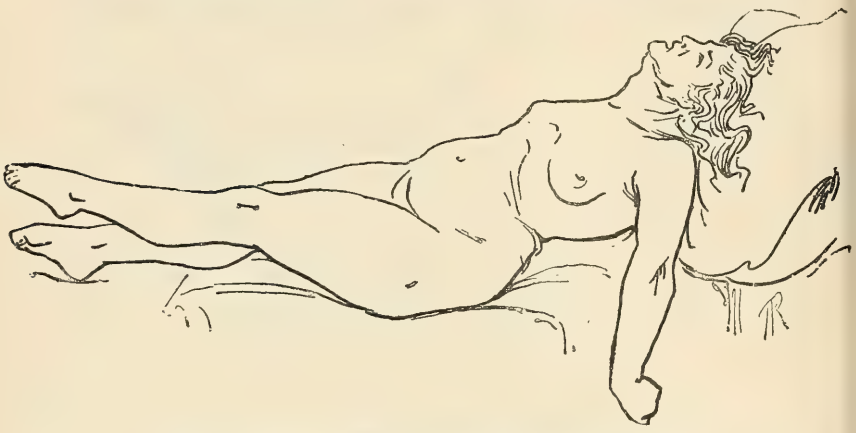


Fig. 6. — Phase tonique. Attitude tétanique se rapprochant de l'attitude passionnelle du crucifiement. (P. R.)

de l'abdomen, un antagonisme qu'indiquent nettement les appareils enregistreurs.

Puis le calme revient peu à peu, les convulsions disparaissent et font place au relâchement musculaire complet, qui constitue la *troisième phase* de la période épileptoïde ou phase de *résolution musculaire* (fig. 8).

« Le corps est dans le décubitus dorsal ; la tête s'affaisse le plus souvent sur une épaule ; la face est encore

(1) Décrivant les premières phases de l'attaque de Nicole Obry, Boulœse ajoute : « D'avantage vous eussiez dict que les grenouilles se battoyent en son ventre comme les gardes qui avoyent les bras dessus le sentoient. » *Le Thrésor*, p. 80.

congestionnée et légèrement bouffie, les yeux sont fermés (les paupières sont agitées souvent de rapides oscillations), la respiration s'établit plus régulière, mais elle est parfois très bruyante. Il y a un véritable stertor et la salive battue s'écoule des lèvres entr'ouvertes et soulevées par l'air expiré. »

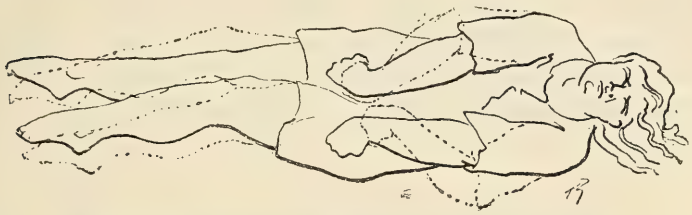


Fig. 7. — Phase clonique. Représentation schématique des mouvements cloniques. (P. R.)

Ce relâchement complet est parfois modifié par un certain degré de contracture affectant partiellement un membre ou le corps tout entier (fig. 9). Cette contrac-

Fig. 8. — Phase de résolution. (P. R.)

ture, lorsqu'elle existe, imprime au sujet, pendant la période de stertor, des attitudes variées. Le sommeil peut aussi être interrompu par des secousses générales qui soulèvent complètement le patient et le font parfois se ramasser en boule. Mais il demeure peu de temps dans cette position et retombe aussitôt dans le relâchement musculaire complet.

La *durée* de la période épileptoïde n'a de caractéristique constante que dans ses deux premières phases, la phase de résolution ou de stertor se prolongeant souvent d'une façon fort variable.

« En moyenne, dit M. P. Richer (*loc. cit.*, p. 58), on peut dire que la période épileptoïde dure dans son ensemble plusieurs minutes, deux, trois, quatre et cinq, rarement davantage. Mais s'il est difficile d'être précis sur la durée de toute la période épileptoïde, il n'en est pas de même relativement aux deux premières phases, qui, lors-

Fig. 9. — Phase de résolution. Quelques contractures partielles persistent. (P. R.)

qu'elle sont complètes, ont sous ce rapport une régularité remarquable. Des moyennes prises sur diverses malades et pendant plusieurs états de mal, alors que les attaques se répètent un grand nombre de fois, ont toujours donné un chiffre se rapprochant de soixante secondes », se partageant par moitié pour les deux phases tonique et clonique.

« Toutefois il ne peut être question, pour ces subdivisions, que de moyennes très approximatives. »

Telle est la première période ou *période épileptoïde* de la grande attaque hystérique. Nous devons revenir sur quelques particularités que nous avons négligé d'approfondir chemin faisant, pour ne pas scinder la description et nuire à sa rapidité.

*
* *

Nous avons dit que les phénomènes de strangulation qui accompagnent la boule hystérique devaient très probablement être rapportés à un spasme des muscles du pharynx, de l'œsophage et des organes respiratoires.

C'est encore à cette tétanisation musculaire qu'il faut attribuer le *gonflement du cou* qui, avec les convulsions des muscles oculaires, le prolapsus rigide de la langue, est si bien indiqué dans l'étude de Rubens, pour la *Possédée* du musée de Vienne.

Ce gonflement du cou si spécial à l'attaque d'hystérie, s'accompagnant d'une turgescence locale des veines et d'une teinte violacée de la face, a été, de la part de M. P. Richer, l'objet d'une étude particulière.

Il avait déjà noté, dans son livre sur la grande hystérie, que le gonflement se développait tout à coup, en même temps que survenait l'arrêt de la respiration provoqué par la tétanisation des muscles thoraciques ; il se modifie ensuite à chaque mouvement respiratoire et cesse définitivement avec le spasme de la respiration. Depuis, M. P. Richer a étudié à nouveau ce phénomène, dont il donne l'interprétation suivante (1) :

« Il est le résultat immédiat de la stase sanguine occasionnée elle-même par le spasme respiratoire et musculaire. L'arrêt de la respiration supprime l'appel du sang veineux qui se produit à chaque mouvement d'inspiration vers la cage thoracique ; en second lieu, les muscles contracturés compriment directement les gros troncs veineux du cou à leur entrée dans le thorax et interrompent plus ou moins le cours du sang. On voit, en effet, en même temps que le cou augmente de volume, les téguments se congestionner, les veines superficielles se dessiner

(1) P. Richer, *Gonflement du cou chez un hystérique. Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, t. II, 1889, p. 17.

gonflées sous la peau ; la turgescence ne reste pas limitée au cou, elle gagne toute la face, les lèvres sont boursouflées, les yeux injectés, etc., etc. Ces phénomènes varient beaucoup d'intensité, suivant les sujets. Ils acquièrent parfois une telle importance qu'ils impriment à eux seuls un caractère spécial à l'attaque hystérique. »

Le gonflement du cou, qui est transitoire, est intimement, lié à l'attaque. Dans l'intervalle des paroxysmes, on peut néanmoins voir survenir des phénomènes qui, le simulant, s'installent à l'état pour ainsi dire permanent. Dans ce dernier cas il paraît s'agir surtout d'une contracture des muscles de la région cervicale. Ce n'est là d'ailleurs qu'une interprétation à ajouter à celles que l'on a données de ce gonflement qui, paroxystique ou permanent, reconnaît une pathogénie évidemment variable (1).

*
* *

Pendant la période épileptoïde de l'attaque, il se passe du côté de l'*œil* des phénomènes intéressants. Nous avons dit que lorsqu'on examinait les paupières durant la phase de stertor, on les voyait agitées de palpitations, de petites secousses vibratoires dues à un spasme à la fois tonique et clonique de l'orbiculaire. Lorsqu'on rompt ce spasme en entr'ouvrant de force les paupières, ce qui n'est pas toujours facile, on voit les globes oculaires maintenus en situation fixe dans des attitudes variables par la contracture des muscles extrinsèques.

(1) Consulter à ce sujet : Browne (L.), *Sur quelques phénomènes objectifs ayant rapport à l'état de maladie connue sous le nom de globe hystérique. Congrès internat. de Laryngologie*, Milan, 1882, p. 48-54. — Roth, *Der Globus hystericus. Memorabilien Heilbrönner*, 1883, p. 522-528. — Matheides, *Versuch den sog. Globus hystericus in einzelnen Fallen durch Dislocation des Magens zu erklären. Thèse Erlangen*, in-8°, 16 pages. — Langreuter, *Kehlkopftuberculose als anatomisches Substrat der Globus hystericus. Centr. fur Nervenheilk*, n° 17, 1er sept. 1889, p. 513. — De Renzi, *L'isterismo maschile (bolo isterico)*, Morgagni, Milan, 1892, t. xxxiv, p. 328. — Mink, *Pseudo-globus hystericus. Geneesk. Courant. Tiel*, n° 48, p. 67, 1893.

M. Ch. Féré (1) a étudié l'état de la *pupille* pendant la durée complète de l'attaque; pour éviter des redites, nous ne scinderons pas sa description. Après avoir noté que, pendant tout le paroxysme, les membranes de l'œil restaient insensibles aux excitations ordinairement douloureuses, il ajoute :

« Pendant l'attaque, la pupille n'est que peu influencée par l'action de la lumière, qui provoque cependant un rétrécissement très net dans certains cas... Au moment où la face commence à se figer par la contraction tonique qui précède la torsion de la tête, on voit la pupille se rétrécir rapidement pour rester immobile. Pendant toute la première partie de cette première phase, pendant la période tonique, la pupille reste contractée. Sitôt que les mouvements cloniques se produisent, la pupille se dilate fortement et la dilatation persiste pendant la seconde partie de la phase épileptoïde et pendant toute la durée de la phase des grands mouvements. Quand arrive la phase du délire et des attitudes passionnelles, on voit des oscillations très remarquables de la pupille, des alternatives de dilatation et de rétrécissement qui varient avec l'attitude du sujet et qui paraissent dues à la nécessité du mouvement d'accommodation provoqué par les différences d'éloignement des objets ou des personnes qui figurent dans l'hallucination. »

Chez les malades à attaques incomplètes, on peut parfois retrouver du côté de la pupille l'équivalent de la période épileptoïde. « J'ai observé plusieurs fois, dit M. Féré, avant le début de l'attaque, sans aucune trace de contraction tonique, une contraction pupillaire très énergique constituant une sorte de phase épileptoïde larvée ; de sorte que les attaques sont plus incomplètes en apparence qu'en réalité. » La compression ovarienne, en arrêtant l'attaque, ramène immédiatement le petit cercle de l'iris à ses dimensions normales.

(1) Féré, *Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie. Archives de Neurologie*, t. III, 1882, p. 287.

M. Bosc a contesté ces résultats. « J'ai toujours noté, dit-il (1), une dilatation moyenne de la pupille commune à toutes les phases de l'attaque, contrairement aux observations de Féré, avec persistance du réflexe lumineux. Mydriase maxima pendant l'extase. »

Ces discussions sont sans intérêt : le fait important, constaté depuis longtemps par M. Charcot, est que la pupille réagit physiquement, s'accommode réellement pour suivre des hallucinations, phénomènes d'ordre purement psychique.

La période épileptoïde de la grande attaque ne procède pas toujours dans ses phases avec la régularité presque mathématique que nous avons indiquée. M. P. Richer a soin de nous faire remarquer qu'il peut en exister des variétés qui se rattachent d'ailleurs au type que nous avons décrit d'après lui.

Cette période peut se modifier surtout de deux façons : par excès ou par défaut. L'une de ses phases se prolonge au détriment des autres ; ou bien une ou même deux des phases peuvent manquer complètement. La phase de résolution, par exemple, peut être très brève ou, au contraire, se prolonger pour ainsi dire indéfiniment : l'attaque de sommeil ou de léthargie, à caractères si spéciaux, est ainsi créée. De même la perte de connaissance avec oubli au réveil de ce qui s'est passé pendant cette période est loin d'être toujours absolue. Mais, pour bien saisir les variétés, il faut imperturbablement connaître le type qui, du reste, est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit communément peut-être.

*
* *

La *deuxième période* de la grande attaque est des plus intéressantes à considérer. Les phénomènes qui la consti-

(1) Bosc, *C. R. hebd. de la Soc. de Biologie*, séance du 7 mai 1892, p. 379, et *Recherches sur les modifications de la pupille chez l'homme sain, l'épileptique et l'hystérique*, 1891, *op. cit.*

tuent ont frappé de tout temps les observateurs. Elle se caractérise par une série de grandes convulsions rappelant les sauts, les tours de force qu'exécutent les clowns dans les cirques, d'où le nom de *période de clownisme* que lui a donné M. Charcot.

Elle comprend deux phases : 1° *phase des attitudes illogiques* ou contorsions ; 2° *phase des grands mouvements.*

Donc, après une période généralement courte de stertor, le malade entre dans la phase des *attitudes illogiques,* ainsi nommées par contraste avec les *attitudes passionnelles* de la troisième période, qui sont coordonnées, pour ainsi dire, et représentatives d'une idée ou d'une sensation. A la vérité, les attitudes illogiques ont également leur signification psychique, mais celle-ci est loin d'être aussi appréciable que lors des attitudes passionnelles.

Ces attitudes illogiques, ainsi que l'indique leur nom, revêtent parfois les caractères les plus imprévus, les plus invraisemblables. L'une des plus souvent notées correspond à cet *arc de cercle* dont on retrouve la description dans toutes les possessions démoniaques (1).

Les formes de l'arc de cercle sont très variées. On peut cependant les ramener à trois principales : arc de cercle antérieur, postérieur, latéral.

Dans l'arc de cercle antérieur (*opisthotonos*), le plus fréquemment observé de tous (fig. 10), le malade repose uniquement sur le plan du lit par la tête et les talons, le plan antérieur du corps formant la convexité d'un arc à concavité postérieure ; les bras sont accolés le long du tronc ou étendus dans l'axe de la tête. Le corps dans son entier représente assez bien l'arche d'un pont. Le ventre souvent météorisé, saillant, siège de borborygmes bruyants, exagère encore la courbe ainsi formée. Le plus souvent, la tête est en contact avec le lit par l'occiput, mais l'arc

(1) « Quelques uns... veirent la demoniacle... et l'ouyrent faire horribles et espouvantables cris et hurlements, estant presque renversée en cercle les pieds et la teste, le ventre eslevé et tenue de plusieurs. » *Le Thrésor*, p. 102.

peut s'accentuer au point que la face elle-même repose directement sur l'oreiller (fig. 11). De même les pieds

Fig. 10. — Arc de cercle antérieur. (P. R.)

peuvent toucher le plan du lit par la plante ou uniquement par l'extrémité des orteils; parfois un seul pied

Fig. 11. — Variété de l'arc de cercle. (P. R.)

repose sur le lit, l'autre membre inférieur contracturé en flexion tendant encore à fermer l'ouverture de l'arc.

Ou bien, les membres inférieurs étendus en haut ou horizontalement, le tronc se courbe en avant formant ainsi

un arc à convexité postérieure (*emprosthotonos*) (fig. 12).

Ou encore, le malade reposant sur un côté (*pleuro-*

Fig. 12. — Arc de cercle. Emprosthotonos. (Grenadier prussien d'Andrée et Knoblauch, *op. cit.*)

sthotonos), le corps s'incurve et réalise l'arc de cercle latéral (fig. 13).

Fig. 13. — Arc de cercle latéral. (P R.)

L'arc de cercle peut être, on le conçoit, complet ou incomplet; nous ne nous attarderons pas à décrire toutes ses variétés. Disons seulement qu'il ne se produit pas uniquement dans le décubitus; on l'observe parfois chez le

sujet debout. Dans la fresque du Dominiquin, à Grotta-Ferrata, représentant saint Nil guérissant un jeune possédé (1), ce dernier se tient sur la pointe des pieds; le tronc est courbé en arrière, et la chute aurait lieu s'il n'était soutenu par un assistant. Cette variété de l'*arc de cercle debout* est rare, car si la courbe du corps s'accentue, ce qui ne manque pas d'arriver lorsque le soutien fait défaut, la chute a lieu et le malade repose alors sur le sol par les pieds et la tête comme dans la variété le plus fréquemment notée. Nous avons observé un cas de cet ordre chez un jeune garçon dont M. Charcot a rapporté l'histoire (2).

L'arc de cercle dure généralement peu de temps : cependant, dans certains cas exceptionnels, les malades gardent cette attitude pendant dix minutes consécutives. On peut peser sur le corps (bien entendu, en se gardant de comprimer une zone hystérogène) sans le faire fléchir, sans rompre l'arc. La contracture des muscles est assez puissante pour qu'on puisse parfois soulever le sujet tout d'une pièce du plan du lit sans qu'il cesse de garder son attitude.

Dans l'arc de cercle, bien que les mâchoires soient fortement serrées l'une contre l'autre, la face est le plus souvent sans expression; elle n'offre pas cet aspect grimaçant, ce rictus spécial que l'on retrouve dans les cas de tétanos vrai avec opisthotonos, ceci dit, s'il était nécessaire, au point de vue du diagnostic purement objectif.

En dehors de l'arc de cercle, il est difficile de donner une description des autres *contorsions;* le terme d'*illogiques* que leur a attribué M. Paul Richer indique assez bien qu'elles sont des plus bizarres dans leurs variétés. Elles ont beaucoup plus d'ampleur que les con-

(1) Charcot et P. Richer, *Les démoniaques dans l'art*, p. 49.

(2) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, 1887, p. 201. Cette variété de l'arc de cercle est encore notée chez Nicole Obry : « Le diable... faisoit eslever la pauvre Nicole sur les pieds, et contre toutes leurs forces *elle se roidissoit sur ses pieds a demy droicte se tenant le ventre en haut.* » *Le Thrésor*, p. 75.

vulsions cloniques de la première période ; du reste, la tétanisation musculaire existe à un degré bien moindre, la face n'est plus turgescente et la respiration s'effectue librement. Comme l'arc de cercle, les autres attitudes illogiques peuvent persister un certain temps et s'accompagner des phénomènes d'immobilisation en contracture que nous avons signalés (1).

*
* *

Aux attitudes illogiques, à l'arc de cercle succède immédiatement la *phase des grands mouvements*.

Le corps retombant, après la cessation de l'arc de cercle, dans le décubitus dorsal, le tronc se porte violemment en avant à plusieurs reprises, exécutant des *mouvements de salutation* très étendus au point que la tête s'incline parfois jusqu'aux pieds; ou bien le mouvement se fait en sens inverse : ce sont les pieds qui sont projetés en l'air ou du côté de la tête, le tronc reposant sur le lit. Ce qui caractérisait la première phase de la deuxième période, c'étaient les attitudes relativement durables prises par le sujet; dans la deuxième phase, au contraire, les mouvements les plus variés se succèdent avec rapidité. Ils sont très étendus et jetteraient le malade à bas du lit si celui-ci n'était

(1) « La patiente donc muette, aveugle et sourde, sans aucun mouvement ne sentiment ne aucun usage de ses membres, roide comme une barre de fer, os, pierre ou marbre, tout le corps comme d'une pièce sans *joinsture*, impossible de mouvoir une partie sans l'autre, toute contrefaite et bossue : la teste retirée jusques à la poictrine : la face pasle, la bouche fermée, les yeux clos; le bras dextre retors vers le dos, le senestre retors sur la poictrine; les mains retorses, renversées et tortues, le dedans mis au lieu du dessus ; les doigts tortuz et mis l'un sur l'autre, les autres retirez en la peau, comme une tortue se retire le col : les jambes retirées quelques fois, recourbées, pliées et retorses vers les cuisses : les pieds renversez, les orteils au lieu du talon; les orteils retirez et tortus l'un sur l'autre et les cuisses recroisées : La patiente dis-je, ainsi contrefaicte estoit par le commandement du Révérend père Evesque prinse par un homme, eslevée, et quelques fois à jambes descouvertes, monstrée à ceux du pulpitre et au peuple, tournée çà et là à la veuë de tous pour mieux la manifester. » *Le Thrésor*, p. 189.

maintenu; souvent ils sont d'une violence inouïe, et plusieurs hommes vigoureux suffisent à peine à maîtriser une femme débile à l'état normal (1).

Chez les hommes, ces mouvements désordonnés s'exécutent avec une vigueur extraordinaire; il en est qui brisent leurs entraves, cassent les barreaux du lit en fer auquel ils sont attachés, mettent en lambeaux avec les mains ou les dents les oreillers, les draps et les matelas, tout cela en poussant des cris de rage rauques, inarticulés ou aigus et s'entendant de fort loin : le spectacle est vraiment on ne peut plus saisissant.

Il n'est pas douteux que tous ces phénomènes de la deuxième période aient une signification psychique. A l'inverse de ce qui se passe dans la première, dont les malades, une fois l'attaque finie, ne gardent pas le souvenir, dans la deuxième, la connaissance est revenue. Non pas que les sujets fassent le plus souvent attention aux personnes qui les entourent ou qu'ils les reconnaissent, mais leur cerveau ne reste pas pour cela inactif. Ils poursuivent un *rêve* en action, un délire, dont nous allons parler, et le souvenir qu'ils conservent, l'attaque finie, est fréquemment assez précis pour qu'ils attribuent eux-mêmes

(1) Ce décuplement des forces est noté dans presque toutes les observations anciennes : « Et davantage (Nicole) ouvroit-elle une grande bouche tirant de mesmes sa grande, grosse et noire langue, ayant la face grande et grosse, rouge et noire, jaune, verde, grise et bleuë, hydeusement tachetée et virant en la teste de gros yeux rouges et emflambez regardoit le peuple de costé et d'autre assez longtemps puis les voultes de l'Église, se tenant élancée en l'air plus de six pieds de haut par si grande force et furie que les gardes renforcées jusques à quinze hommes, encore qu'ils s'appesantissent ne la pouvoient plus garder qn'elle ne leur fust arrachée des mains, outre qu'elle estoit plus defigurée, horrible, terrible et espouvantable qu'elle n'avoit encores jamais esté. » *Le Thrésor*, p. 213.

Cette exaltation passagère des forces, jointe à d'autres phénomènes dont il serait facile de donner l'interprétation au courant de la description des divers phénomènes de l'attaque, est tellement fréquente qu'elle est un des *signes de possession* reconnus par le *Rituel* des exorcismes. « *Signa autem obsidentis dæmonis sunt : Ignota lingua loqui, pluribus verbis vel loquentem intelligere; distantia et occulta patefacere; vires supra ætatis seu conditionis naturam ostendere, et id genus alia quæ cum plurima occurrunt majora sunt indicia.* » (G. T.)

leurs contorsions au désir qu'ils avaient de fuir, par exemple, un ennemi imaginaire contre lequel ils luttent en poussant des cris d'effroi ou de rage impuissante.

*
* *

C'est le rêve, en effet, qui va dominer la *troisième période* de l'attaque, dite aussi des *attitudes passionnelles* ou des *expressions passionnelles* comme les dénommait Bernutz (1), qui les avait bien observées. Puisque le rêve est déjà commencé lors des grands mouvements, on com-

Fig. 14. — Attitudes passionnelles. Colère. (A. et K.)

prend facilement que la transition entre la deuxième période et la troisième soit souvent difficile à déterminer.

Ces attitudes, qui répondent soit à des actes mentaux purs, soit à des *hallucinations* des divers sens, phénomènes de même ordre d'ailleurs, sont fort variées à l'instar du rêve lui-même qu'elles représentent. Généralement on note une phase triste et une phase gaie, la tristesse étant presque toujours prédominante. Lorsqu'on a su gagner la confiance du malade, on obtient facilement le récit du rêve qui domine son attaque, qui la met en action pour ainsi dire, qu'il objective par les attitudes passionnelles.

(1) Bernutz, Art. *Hystérie, Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, t. XVIII, 1874.

Ainsi renseigné, on peut suivre avec fruit, en se guidant sur les attitudes elles-mêmes, les diverses phases de ce rêve.

Le rêve se rapporte le plus souvent aux événements qui dans la vie de l'hystérique ont joué un rôle prédominant, en particulier à l'émotion violente qui a déterminé la première attaque, lorsque celle-ci n'est pas encore trop éloignée. Les hystériques font la troisième période du paroxysme avec leurs rêves, leurs préoccupations de tous les jours ; *on y retrouve profondément gravée l'empreinte de leur propre personnalité* (1).

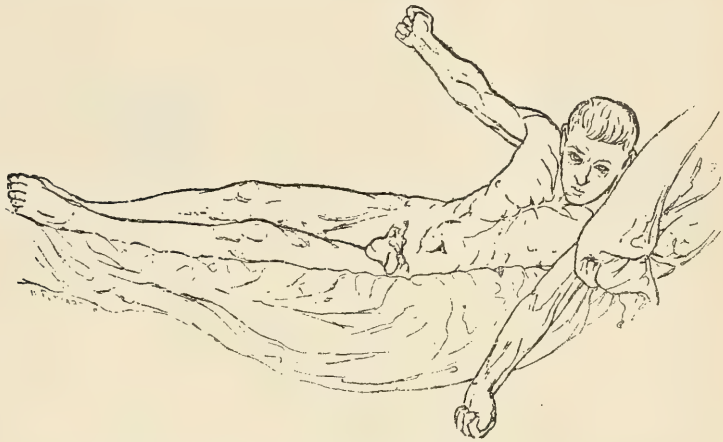


Fig. 15. — Attitudes passionnelles. Colère. (A. et K.)

La possession de Sœur Jeanne des Anges n'est qu'une longue suite d'hallucinations érotiques dans lesquelles celle-ci évoque le souvenir d'Urbain Grandier qui a dédaigné ses avances. Elle était possédée par sept démons dont leur chef Asmodée personnifiait la luxure : « Son opération estoit continuelle en moy tant en l'imagination qu'en l'esprit qu'il remplissoit de choses deshonnestes. La pudeur m'empêche d'en décrire les particularitez, car elles sont estranges (2). »

Sainte Thérèse, au contraire, profite pour ainsi dire de

(1) Voir t. I, ch. XI.
(2) LEGUÉ et GILLES DE LA TOURETTE, *Sœur des Anges*, p. 69.

son attaque pour pénétrer plus avant encore dans les profondeurs de son merveilleux esprit de subtile analyse. Il est certaines femmes naturellement douées qui mettent leurs dispositions au service des attitudes passionnelles et donnent ainsi de leur rêve qu'elles objectivent une représentation qui atteint parfois au plus haut degré de l'expression dramatique.

Car, si pendant la deuxieme période les forces physiques sont décuplées, pendant la troisième les actes psychiques ont une intensité extrême. Les souvenirs obsèdent l'esprit avec une intensité et une netteté des plus remarquables; phénomène curieux de reviviscence mentale, certains malades, par exemple, prononcent des phrases tout entières dans une langue étrangère oubliée depuis longtemps à l'état de veille. Comme le cerveau n'est pas à ce moment entièrement fermé aux impressions du dehors, la moindre suggestion susceptible de guider le sujet dans un sens déterminé peut parfois le porter à des opérations cérébrales qui sembleront véritablement extraordinaires. C'est pendant l'exaltation psychique de cette période de l'attaque, revêtant le *caractère somnambulique* que nous étudierons, que les prêtres interrogeaient les sibylles de l'antiquité et leur faisaient rendre leurs oracles (1). L'attaque développait au suprême degré les qualités naturelles de ces femmes certainement hystériques, choisies parmi les plus intelligentes, dirigées dès l'enfance vers leur métier de prêtresses et au courant de tous les événements du jour.

L'hallucination du paroxysme porte à son *summum* l'acuité d'esprit du sujet. Qu'on joigne à cela la mise en scène, les attitudes si remarquables, si justes, par lesquelles l'hystérique dramatise son rêve, et l'on comprend combien devait être vivement frappé l'esprit des assistants par des prédictions dont la plus claire prêtait toujours à différentes interprétations.

(1) H. Meige, *Les Possédées des dieux dans l'art antique. Nouv. Icon. de la Salp.*, n° 1, 1894, p. 35.

Nous l'avons démontré (1) : les meilleures somnambules — nous prenons ce mot dans le sens que le public y attache — sont des hystériques qui *dorment* pendant la consultation. C'est pendant l'attaque qui, chez elles, revêt la forme spéciale qui sera décrite en traitant des états somnambuliques, qu'elles répondent avec le plus de tact et de finesse aux questions parfois très délicates qu'on leur pose et qu'elles seraient souvent incapables d'interpréter à l'état de veille. Il est bien entendu que le paroxysme ne leur donne ni la faculté de prévision, ni celle de deviner les songes ou de retrouver les objets perdus ; elle les met seulement dans un état d'exaltation cérébrale leur permettant de mieux leurrer encore les imbéciles qui viennent les consulter.

Après avoir lu la *Vie de sainte Thérèse* écrite par elle-même, on ne doutera plus que certains passages vraiment merveilleux d'analyse du *Chemin de la perfection* et du *Château intérieur* n'aient été écrits au sortir d'une extase hystérique pendant laquelle l'esprit si naturellement pénétrant de la sainte s'était encore exalté. Et dans la grande majorité des cas, surtout lorsqu'il a revêtu cette intensité, le rêve de l'attaque est assez persistant au sortir du paroxysme pour que le sujet lui-même puisse raconter ou transcrire les impressions qu'il a éprouvées. Sainte Thérèse, l'attaque finie, se souvenait même de l'attitude *cataleptique* que l'hallucination avait déterminée.

« Tant que le corps est dans le ravissement, dit-elle (2), il reste comme mort et souvent dans une impuissance absolue d'agir. *Il conserve l'attitude où il a été surpris;* ainsi il reste sur pied ou assis, les mains ouvertes ou fermées, en un mot, dans l'état où le ravissement l'a trouvé. »

Chez les femmes, les « aventures amoureuses » jouent souvent un rôle dans le rêve de l'attaque, mais ce rôle a

(1) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues*, 2e édit., ch. XII.

(2) *Œuvres de sainte Thérèse*, par le P. M. Bouix, t. I. — *Vie de sainte Thérèse écrite par elle-même*, Paris, 1884, p. 226.

BOSTON PUBLIC LIBRARY
MAR 1 1 1921
LIBRARY

été singulièrement exagéré à la faveur des idées qu'on se faisait de l'hystérie. Avant les recherches de la Salpêtrière, on ne songeait nullement à interpréter les attitudes passionnelles, parce qu'on était dans l'ignorance du rêve et des hallucinations dont elles ne sont que la représentation. Même aujourd'hui qu'on possède cette notion, il n'est pas toujours facile d'arriver à cette interprétation par ce fait que l'hystérique garde fréquemment le secret de son rêve.

Par contre, pendant la deuxième période, au moment de l'arc de cercle, des contorsions, il existe souvent des convulsions des muscles de l'abdomen, des mouvements de projection du bassin en avant, quelquefois un véritable *spasme cynique*, que les observateurs anciens ne manquaient pas d'interpréter dans un sens réellement passionnel. Alors qu'il semble bien qu'il ne s'agisse là, dans la majorité des cas, que de phénomènes purement physiques, peut-être ne faut-il pas chercher ailleurs l'origine de cette réputation de lubricité, fréquemment usurpée d'ailleurs, qui poursuit depuis si longtemps les hystériques?

Souvent, répétons-le, le rêve de l'attaque est dirigé par une de ces aventures; mais, dans cet ordre d'idées, plus souvent encore il s'agit d'un viol, d'un attentat à la pudeur, dont la malade a été victime et qui a déterminé l'apparition du premier paroxysme convulsif.

Françoise Fontaine (1) avait été violée par un soldat qui avait voulu lui faire accepter quelques pièces d'argent qu'elle avait refusées. La troisième période de son attaque reproduit toute une scène de viol, avec ses périodes de lutte, de défaillances : à la fin, elle compte de l'argent qu'elle repousse ensuite avec indignation. Au sortir du paroxysme convulsif, Françoise entre dans des détails extrêmement précis sur les sensations qu'elle a éprouvées et qui prouvent que son attitude a été absolument passive.

Les aspects si variés que revêt parfois le rêve de l'attaque montrent aussi que les sentiments les plus divers,

(1) *Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers* (1591).

les plus opposés, peuvent y trouver place et se succéder pour ainsi dire sans interruption.

Une des malades de M. P. Richer avait été victime d'une tentative de viol à l'âge de dix ans. Pendant les grands mouvements, sa physionomie, où se peint l'effroi, indique

Fig. 16. — Attitudes passionnelles. Lutte. (P. R.)

que l'hallucination a commencé. « En effet, si on la réveille à ce moment par la compression ovarienne, elle dit avoir peur de quelqu'un qui la poursuit, elle court, elle cherche à lui échapper. C'est l'apparition de ce personnage dont le souvenir, avec la persistance d'une obsession, revient sans cesse imprimer à cette phase de l'attaque son caractère si pénible.

« Les grands mouvements se terminent par une vive

agitation. La malade semble lutter pour se soustraire à des étreintes, et ces paroles lui échappent : « Au secours! au « secours!... Ah! vous ne m'aurez pas... Vous ne m'em- « brasserez pas... Il est minuit, rentrez! Je ne boirai pas. « Moi, je ne suis pas maman. Non, lâchez-moi (fig. 16). »

Mais elle ne peut longtemps soutenir la lutte. Tout d'un coup elle supplie, ses mains sont jointes, ses bras

Fig. 17. — Attitudes passionnelles.

tendus en avant, elle se roule sur son lit en criant : « Par- « don, pardon! »

« Parfois, dans un mouvement plus accusé, elle se redresse et se met complètement à genoux. Dans ses poses de plus en plus suppliantes, comme dans sa voix dont l'accent devient plein d'angoisse et de terreur, on sent que le misérable ne se laisse pas toucher. »

La scène se poursuit ainsi avec les attitudes passionnelles les plus saisissantes jusqu'à la consommation de

l'acte ; alors elle se redresse furieuse, crie, montre le poing, crache à la figure de son agresseur.

A cette scène en succède bientôt une autre encore plus terrible peut-être : « Elle voit un immense chariot couvert de tentures mortuaires et rempli de squelettes effrayants dont les yeux caves lancent du feu. Il y a des flammes rouges partout. Les squelettes essayent de l'attirer à eux et veulent la faire monter dans leur char. Elle leur demande pardon. »

Mais soudain la vision change. Brusquement la physionomie respire la gaieté ; la malade, dans une pose extatique, tend les bras vers une personne imaginaire : « Viens, viens ! » dit-elle. Elle appelle d'une façon plus pressante en faisant signe avec le doigt (fig. 17). En même temps elle montre une place à côté d'elle. Ces mouvements sont répétés avec instance. Enfin elle se renverse, ferme les bras, comme pour étreindre le fantôme, et le couvre de baisers (1). »

(1) « D'avantage Beelzebub la possédant (Nicole), occupoit tellement tout le corps qu'il en jouoit de telle sorte que quelques fois il sembloit aux gestes, maintien, contenances et mignotises, estre celuy d'une plaisamment affectée et rusée putain, impudicquement avec yeux estincelans regardant, et se voulant mesme découvrir, s'il n'eut esté empesché par le Religieux qui faisoit la conjuration. » *Le Thrésor*, p. 96.

Ces hallucinations érotiques se traduisent parfois, avons-nous dit, par des spasmes cyniques, projections du bassin en avant dont la description est facile à concevoir. Elles sont suivies quelques fois chez la femme de véritables pollutions.

Magdeleine de la Palud, cette ursuline qui fit brûler le malheureux Gauffridi, curé des Accoules, près Marseille, fut examinée par Jacques Fontaine, « conseiller et médecin ordinaire du Roy », qui trouva que la « quatriesme raison tirée de la faculté de médecine » de laquelle on pouvait conclure quelle était possédée « consiste ez pollutions quelle endure lesquelles sont apperceues de ceux qui sont auprès d'elle, et sont esmeues avecques un mouvement de tout le corps sale et vilain ». *Des marques des sorciers*, 1611, p. 34, réimpression.

Chez les hommes, la troisième période de l'attaque ne revêt qu'exceptionnellement, pour ainsi dire jamais ce caractère érotique, ce sont les sentiments de colère qui dominent (fig. 14, 15) ; ils les poussent à briser tout ce qui les entoure. Nous avons néanmoins constaté une fois chez un adulte, à la suite d'une attaque éminemment érotique, ces pollutions qui sont en somme peu fréquentes. Bernutz (*op. cit.*, p. 221) n'en parle pas chez l'homme et ne les a constatées qu'une fois chez la femme. (G. T.)

Le calme revient : elle prête l'oreille, elle se promène au bras de son amant dans un jardin planté de marronniers roses et danse aux sons d'une musique militaire. Tous ces détails sont fournis, bien entendu, par la malade en dehors de son attaque.

Mais, brusquement, elle se dresse sur son lit, effrayée; elle est entourée d'animaux, de rats, elle frappe sur ses draps comme pour les tuer. C'est le phénomène de la *zoopsie,* qui se présente très souvent dans l'attaque (fig. 18). Puis elle se met sur son séant, cache sa tête dans ses

Fig. 18. — Zoopsie. (P. R.)

mains, déplore sa destinée. Commence alors un délire plus ou moins long qui doit être rangé dans la *quatrième période* du paroxysme, dont nous allons bientôt parler.

Nous avons tenu à donner la description d'un cas type avec les attitudes passionnelles si diverses qu'il comporte. Ce qui doit être retenu encore, c'est que chez le même malade les hallucinations et les attitudes reviennent presque toujours semblables, dans le même ordre pour toutes les attaques, à moins qu'il ne se produise quelque événenement nouveau susceptible de modifier l'état mental dont les hallucinations ne sont, en somme, qu'un reflet toutefois singulièrement amplifié. Elles se retrouvent, en effet, très

analogues dans les rêves et les cauchemars qui hantent si fréquemment le sommeil des hystériques.

Dans l'attaque comme dans le rêve de la nuit, ces hallucinations impressionnent parfois si vivement l'esprit, qu'au sortir de l'attaque certains sujets croient réellement apercevoir à côté d'eux l'animal réel ou fantastique, le démon ou l'être humain qui les a tourmentés. Nous avons vu un de nos malades, forgeron vigoureux, à l'issue d'une crise, se lever, ouvrir la fenêtre et chasser, en frappant violemment sur le lit de son voisin, le chat imaginaire avec lequel il s'était battu pendant son paroxysme. On comprend ainsi combien l'état mental de l'hystérique doit se ressentir de ces hallucinations, qui se répètent ou se continuent même dans l'intervalle des attaques. C'est un point que nous avons déjà traité (1).

Nous insistions alors sur la loi établie par M. Charcot, qui veut que les hallucinations se déroulent dans le champ visuel dans un sens déterminé. « Les chats, les rats, etc., courent en passant devant la malade, de gauche à droite ou de droite à gauche, suivant que l'hémianesthésie siège à gauche ou à droite. Le point de départ de l'hallucination est toujours du côté anesthésié. Mais le plus souvent le fantôme passe aux côtés de la malade ; il vient de derrière elle pour s'évanouir en avant, et cela toujours du côté insensible (2). »

Si nous rappelons encore que le *rouge* est la couleur dont la perception persiste en dernier lieu chez les hystériques, nous ne serons pas surpris de constater que les objets des hallucinations, animaux fantastiques ou autres, revêtent fréquemment cette couleur, au dire des malades. Quand l'achromatopsie est complète, tout leur paraît gris, terne, noir. Ces modifications du sens de la vision influencent donc la coloration des objets perçus pendant les hallucinations, non toutefois au delà d'un certain point, car ici l'exaltation psychique supplée tout à fait à l'imperfec-

(1) Voir t. I, ch. XI, p. 501 et suiv.

(2) Charcot, *Les troubles de la vue chez les hystériques. Progrès médical*, n° 3, janvier 1878.

tion des sens qui, en réalité, n'ont rien à faire dans la constatation des qualités d'une hallucination, phénomène purement immatériel. Et ce que nous disons de la vue s'applique à tous les sens, qui, pendant le paroxysme, peuvent être le point de départ d'hallucinations tellement variées, suivant les cas, que nous ne pouvons que les signaler sans les décrire.

*
* *

L'état de l'appareil visuel, en dehors des paroxysmes, est donc susceptible d'imprimer aux hallucinations des caractères particuliers : ces modifications sont spontanées, indépendantes de l'observateur. Des travaux récents ont démontré, en outre, que celui-ci pouvait intervenir pour ainsi dire dans l'attaque et, en s'adressant aux divers sens, provoquer des conceptions délirantes, et sinon diriger le délire, tout au moins en modifier la marche et l'évolution.

Chez deux malades observés en 1860 (1) et en 1874, M. Mesnet, étudiant les phénomènes somnambuliques dont nous reparlerons et qu'on ne rattachait pas encore à l'hystérie, avait noté cette influence de l'observateur sur la direction du délire. Chez un hystérique âgé de vingt-sept ans (2), on pouvait, en s'adressant en particulier au sens du toucher, modifier les hallucinations spontanées, en faire naître de nouvelles, sans être toutefois complètement maître du délire. Le patient arrangeait à sa guise l'impression perçue.

« On peut, dit-il, l'influencer, changer son rêve, lui donner une autre direction; on peut, en piquant légèrement la peau avec une épingle, lui faire rêver duel; on peut, en éclairant sa chambre, lui faire rêver flammes, incendie; l'action cérébrale provoquée chez lui est tou-

(1) Mesnet, *Étude sur le somnambulisme envisagé au point de vue pathologique. Arch. gén. de méd.*, 1860, t. I, p. 147.

(2) Mesnet, *De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique. Union médicale*, 21 et 23 juillet 1874.

jours en rapport avec le sens sur lequel l'excitation aura été portée. »

En 1885, M. Pitres (1) signalait également la possibilité de donner des suggestions dans la phase passionnelle de l'attaque d'hystérie, mais sans insister sur les caractères spéciaux de ces suggestions. M. Charcot (2), faisant allusion aux observations de Pitres, affirmait à son tour avoir observé des cas semblables.

Toutes les recherches faites jusqu'alors dans cet ordre d'idées ne reposaient donc que sur des faits isolés, n'avaient pas été conduites méthodiquement, lorsque notre ami, M. le professeur Moczutkowski, d'Odessa, eut à son tour la pensée d'impressionner les sens dans la phase des attitudes passionnelles et s'aperçut que par ce procédé il pouvait influencer le délire du sujet, le diriger jusqu'à un certain point et y ajouter des tableaux nouveaux. « Le résultat de ses recherches, disent M. Georges Guinon et Mlle Sophie Woltke (3), a été publié en résumé par M. Ségal (4), mais, paraît-il, sans l'autorisation de leur véritable auteur. »

Mlle S. Woltke, d'Odessa, étant venue suivre les cours de la Salpêtière, fit part de ces faits à M. Georges Guinon, alors chef de clinique de M. Charcot, qui publia en collaboration avec elle un mémoire (*op. cit.*) des plus importants auquel nous empruntons les considérations qui vont suivre.

En faisant passer devant les yeux du malade, pendant la phase passionnelle de l'attaque, des verres de diverses couleurs, on peut modifier le délire : un verre jaune transporte le sujet au milieu d'une campagne ensoleillée; un verre rouge le met en présence d'un incendie, etc. Si on

(1) Pitres, *Des zones hystérogènes; des attaques de sommeil*, Bordeaux, 1885.

(2) Charcot, *Leçons du mardi*, t. II, 1888-89, p. 326.

(3) G. Guinon et S. Woltke, *De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique. Arch. de Neurol.*, 1891, n° 63.

(4) Ségal, *Des hallucinations sous l'influence des excitations des organes des sens dans les accès hystéro-épileptiques. Med. Obozr.*, t. XXXIII.

lui fait respirer diverses substances odorantes, entendre divers sons, goûter du sucre ou du sulfate de quinine, si on le pique à divers endroits du corps, on provoque des hallucinations variées alors que la parole et les ordres donnés restent sans effet.

Ces phénomènes ne se produisent pas chez tous les sujets pendant la période passionnelle de l'attaque, certains d'entre eux étant réfractaires à ces excitations. Ceux qui sont sensibles aux provocations « sont tous identiques les uns aux autres, non pas que la même impression sensorielle produise chez tous la même hallucination ; chacun l'interprète à sa manière et agit ou parle selon son interprétation. C'est là précisément un des phénomènes caractéristiques de ce fait pathologique. »

Et les auteurs concluent :

« 1° Que dans le délire de la phase passionnelle de l'attaque hystérique on peut modifier la marche des hallucinations et en créer de nouvelles à l'aide d'excitations diverses, mais toujours simples, des organes des sens; 2° que ces hallucinations sont toujours indépendantes de la volonté de l'opérateur et laissées exclusivement à l'initiative du malade, qui s'approprie la sensation perçue et la transforme à son gré en une hallucination correspondant à ses habitudes, à son genre de vie, à ses souvenirs, en un mot à sa propre personnalité. »

Afin d'apporter un argument de plus en faveur de l'identité qui existe entre l'hypnotisme et l'hystérie, M. G. Guinon et Mlle S. Woltke ont noté aussi, après expérience, que les impressions sensorielles avaient une influence de même ordre pendant les phases cataleptique et somnambulique du grand hypnotisme (1).

*
* *

Les dernières hallucinations ont presque toujours trait

(1) G. Guinon et S. Woltke, *De l'influence des impressions sensorielles dans les phases cataleptique et somnambulique du grand hypnotisme. Nouv. Icon. de la Salp.*, 1890, n° 6.

à des animaux; à partir de ce moment les attitudes passionnelles se font plus rares, le malade chez lequel la connaissance complète revient de plus en plus cesse de dramatiser son rêve. Il tombe dans une sorte de délire de mémoire pendant lequel il ressasse encore dans son esprit des lambeaux de son existence. Ce délire, qui constitue la *quatrième période* de l'attaque, laquelle n'est en réalité qu'une prolongation de la troisième, prend parfois une importance très grande et domine la scène morbide. Il est

Fig. 19. — Délire triste de la quatrième période. (P. R.)

gai, triste, furieux, obscène, suivant la personnalité des malades. Mais, dans les cas ordinaires, dans l'attaque type, à ce moment, les hallucinations s'éloignent, font place à des souvenirs, à des rappels de mémoire qui, dans la majorité des cas, semblent fort pénibles. C'est alors qu'éclatent des sanglots et des pleurs; le sujet se lamente sur sa vie passée (fig. 19), ou parfois tombe dans un mutisme obstiné dont il sort ensuite peu à peu pour revenir à la pleine connaissance de soi-même.

Dans ces conditions, on comprend combien doit être variable la durée de la quatrième période. Terminée par-

fois au bout de quelques minutes, elle peut au contraire se prolonger sous forme d'état de mal. Nous retrouverons ces faits en étudiant les attaques de délire et les états de mal délirants.

Le retour à l'état normal, outre la succession des phénomènes mentaux qui conduisent à la récupération de la connaissance, du moi psychique, est encore marqué par la réapparition des diverses sensibilités. Nous avons dit, en effet, qu'à partir des premières convulsions, quelquefois plus tôt même, le sujet était devenu anesthésique total; tant que dure le paroxysme, la sensibilité reste abolie dans tous ses modes, particulièrement la sensibilité cutanée. Néanmoins il est encore possible, nous l'avons vu, en s'aidant de la suggestion, de faire quelquefois disparaître l'anesthésie et de s'adresser au cours de l'attaque aux sensibilités sensorielles en particulier.

L'anesthésie totale est un phénomène de premier ordre parmi ceux qui constituent le paroxysme ; sa constatation acquière, pour le diagnostic de certains états dits seconds où les malades semblent être dans la veille, une importance capitale. Sa disparition, mieux que le retour à la conscience, indique la fin du paroxysme. Toutefois cette disparition est rarement complète, car nous savons que bien peu d'hystériques confirmés restent indemnes de troubles de la sensibilité. Tel malade revient à l'hémianesthésie habituelle de son état interparoxystique ; tel autre présente désormais un mode de répartition sensitive différent de celui qui existait avant la crise.

Des modifications importantes sensitives et sensorielles ont donc pu survenir du fait de ce retour, de ce passage de l'état d'attaque à l'état normal ou interparoxystique. Chez certains l'anesthésie s'est déplacée; quittant une moitié du corps, elle occupe désormais, par exemple, tout le segment sous-ombilical et se superpose à une paralysie ou à une contracture qui n'existait pas avant l'attaque; ou au contraire elle a disparu de ce segment et avec elle la paralysie. Rien ne bouleverse plus profondément le terrain

hystérique qu'une attaque, convulsive ou autre, agissant dans certains cas pour aggraver les manifestations interparoxystiques ou en produire de nouvelles, dans d'autres, au contraire, faisant disparaître des contractures, des paralysies invétérées, des amauroses ou des surdités, très probablement par la perturbation qu'elle apporte dans le domaine sensitif ou sensoriel. De ce fait l'attaque, si elle est souvent un élément d'aggravation, peut posséder aussi des propriétés curatives que le médecin, dans certains cas, sera autorisé à mettre en œuvre au mieux de l'intérêt de ses malades.

*
* *

La *durée* d'une attaque hystérique type, d'une grande attaque de moyenne intensité, est éminemment variable même si l'on met de côté la période prodromique.

La période épileptoïde dépasse rarement une à trois minutes, c'est celle qui s'écarte le moins des limites régulières. La deuxième période n'est pas généralement terminée avant cinq à dix minutes, de même la troisième, qui peut se prolonger toutefois beaucoup plus. Il est encore moins facile d'apprécier les limites exactes de la quatrième, le trouble cérébral sous forme de délire variant singulièrement suivant l'impression qu'a reçue l'esprit des hallucinations de la troisième.

En moyenne, un paroxysme convulsif abandonné à lui-même s'étend sur une période de quinze minutes à une demi-heure. Mais bien souvent sa durée est plus longue. Dans ces cas, une attaque n'est pas terminée qu'une autre recommence; mais lorsque les attaques vont ainsi se multipliant sans interruption, les périodes perdent fréquemment de leur régularité au moins quant à leur durée respective habituelle. La période épileptoïde sera très courte, par exemple, alors que l'arc de cercle persistera pendant dix minutes; ou bien, la première période terminée, il se produit quelques grands mouvements et les hallucinations deviennent immédiatement prédominantes.

Il est à remarquer que, dans cette succession d'attaques, la première est, dans la majorité des cas, la plus régulière. Mais quelque variété qu'affectent les suivantes, on peut toujours y reconnaître le type si merveilleusement mis en lumière par M. Charcot et qui, quoi qu'on ait pu dire, répond exactement à la réalité des faits.

En effet, M. Bernheim, désireux d'appliquer à la succession régulière des diverses périodes de la grande attaque la théorie de la suggestion, qui, entre ses mains, est devenue la théorie universelle, s'est élevé contre la description de la Salpêtrière : l'attaque aux quatre périodes n'est pour lui que de l'*hystérie de culture !*

Après avoir décrit les quatre périodes, il ajoute (1) : « Tous ces phénomènes, bien observés et bien décrits dans le livre de M. Richer, existent dans l'hystérie et peuvent se succéder dans l'ordre indiqué. Mais cette succession de phénomènes dans un ordre régulier est-elle assez fréquente, assez constante pour constituer le type classique et complet de la grande hystérie? Je n'oserais l'affirmer. J'ai observé, comme tous les médecins, toutes ces manifestations diverses : attaques épileptoïdes, grands mouvements, délire, hallucinations, etc. Mais je n'ai pas observé cette régularité de phases successives, et *je ne crois pas qu'en dehors de la Salpêtrière on l'ait observée*. Quand on a vu combien les hystériques sont suggestibles même pendant leurs accès, combien elles réalisent facilement les phénomènes qu'on attend ou qu'elles ont vus se produire sur d'autres, on ne peut s'empêcher de penser que l'imitation, agissant par auto-suggestion, joue un grand rôle dans la genèse des manifestations.

« ...Je crois donc que l'attaque de grande hystérie que la Salpêtrière donne comme classique, se déroulant en phases nettes et précises comme un chapelet hystérique, est une *hystérie de culture*. »

Pour M. Bernheim, M. Charcot, dès le début de ses

(1) Bernheim, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, p. 169, 1891.

recherches, aurait créé artificiellement un type d'attaque qu'il aurait ensuite « cultivé » dans son service. Les malades, hommes ou femmes, venus des quatre coins du monde, se seraient évertués, par une sorte de suggestion inconsciente ou d'auto-suggestion, à copier les diverses phases de l'attaque et à les reproduire dans le même ordre régulier. De là serait née « l'attaque de la Salpêtrière, l'hystérie de culture ». Voilà qui serait bien singulier.

Ce qui est plus grave, c'est que M. Bernheim ne croit pas « qu'en dehors de la Salpêtrière » on ait observé cette régularité des phases successives. Il est regrettable que l'auteur n'ait pas été mieux servi par ses recherches bibliographiques. Nous nous permettrons de lui indiquer le travail de MM. Andrée et Knoblauch (1), publié en 1889, qui nous a fourni les excellentes figures 14 et 15, et dans lequel les auteurs s'expriment à plusieurs reprises aussi nettement qu'il suit : « Nous avons pu tirer pendant une attaque qui dura treize minutes une série d'épreuves instantanées qui donnent l'image parfaite de la grande attaque hystérique classique. » Et ils décrivent minutieusement, une à une, les périodes, qui se succèdent avec la régularité indiquée par M. Charcot.

Notons qu'il s'agit là d'un grenadier prussien « présentant nettement les formes de la grande attaque si admirablement décrite par Charcot et Paul Richer », qui, très probablement, songeait à tout autre chose à sa caserne qu'à la culture de l'hystérie chère à M. Bernheim.

Qu'on relise les cas publiés par M. P. Richer (*op. cit.*), en particulier l'observation LXI, relative à une malade qui n'entra jamais à la Salpêtrière, et l'on verra combien s'observe fréquemment le cycle complet et régulier de la grande attaque.

Ce que MM. Andrée et Knoblauch ont vu à Carlsruhe,

(1) *Ueber einen Fall von Hystero-Katalepsie bei einen Mann. Berl. Klin. Wochens.*, n° 10, 1889. Trad. franc. : Gilles de la Tourette, *L'hystérie dans l'armée allemande. Nouv. Icon. de la Salp.*, 1889, p. 318.

M. G. Rummo (1) l'a observé à Sienne et l'a fixé par la photographie dans un atlas dont les planches sont autant de documents à l'encontre de la théorie de M. Bernheim.

M. Rummo est aussi net que possible dans ses appréciations. On a avancé, dit-il en substance, que l'attaque de grande hystérie décrite par MM. Charcot et Paul Richer était une « maladie de la Salpêtrière ». Il suffit de bien observer pour reconnaître le type classique et complet décrit par ces auteurs.

Pendant l'année 1889, il a eu l'occasion d'observer à la clinique médicale propédeutique de Sienne qu'il dirigeait, cinq cas de grande hystérie, dans des conditions telles qu'il n'a pu exercer la moindre suggestion au point de vue de la forme de l'attaque.

Ces cas lui ont fourni soixante-dix photographies instantanées (dues au professeur Guaita), et « avec les photographies elles-mêmes il est facile de reconstituer (*rilevare*) le cadre morbide complet de la grande hystérie avec ses quatre périodes classiques ».

La description qu'a donnée M. Charcot de la grande attaque hystérique avec son cycle régulier doit donc être conservée, car elle répond à la réalité des faits. Observe-t-on toujours, dans tous les cas, cette régularité du type? Certainement non, et M. Charcot a été le premier à en décrire les variétés, les atténuations, les formes frustes. Mais ce type, il le faut parfaitement connaître : si on le possède bien, on retrouvera toujours ses traits principaux dans les attaques les plus bizarres en apparence, et sa notion servira excellemment au diagnostic dans les cas difficiles.

Est-ce à dire que, lorsque plusieurs malades sont réunis dans une même salle, l'imitation ou, si l'on aime mieux, la suggestion n'ait pas d'influence sur la forme de l'attaque? Qui oserait le soutenir? A ce point de vue, M. P. Richer a répondu d'une façon anticipée à M. Bernheim lorsqu'il a écrit (*op. cit.*, p. 341) :

(1) G. Rummo, *Iconografia fotografica del grande isterismo*, Naples, 1890.

« La conception de la grande attaque hystérique, telle que nous l'avons décrite, est assez vaste pour que l'influence de l'imitation y ait sa place. Loin d'en nier la puissance, nous tenons à faire ressortir son action sur la forme extérieure de certaines parties de l'attaque et principalement des deux dernières périodes. Nous trouverons là la raison des grandes épidémies convulsives et l'explication du caractère spécial que chacune d'elles a revêtu. »

*
* *

Le délire terminé, les suites du paroxysme sont généralement des plus simples. Le malade revient à lui, reprend sa complète connaissance : comme celle-ci était revenue au moins partiellement dans les dernières périodes, il ne se trouve nullement étonné de se voir sur son lit, entouré de personnes de connaissance, car l'hystérique, avons-nous dit, ne tombe pas ou tombe bien exceptionnellement dans la rue. Il se sent fatigué, courbaturé, si les grands mouvements ont été multipliés, mais c'est là un phénomène d'origine purement mécanique ; de même accuse-t-il parfois une légère céphalalgie, bien moins marquée et moins prolongée toutefois que Briquet ne l'a dit (*op. cit.*, p. 390). Il prend volontiers du repos, mais n'a pas de tendance au sommeil, il peut se lever et vaquer immédiatement à ses occupations : physique et moral sont libres. L'appétit, languissant pendant les prodromes, a repris son activité : le soir il dînera de bon cœur. Le seul besoin qu'il éprouve se traduit le plus souvent par une impérieuse nécéssité d'uriner. Il émet alors un liquide clair et abondant sur la nature duquel nous aurons longuement à nous expliquer.

Certains paroxysmes très douloureux peuvent influencer fâcheusement l'organisme ; d'autres laissent après eux des paralysies ou des contractures qu'un second accès pourra faire disparaitre. Ce sont là, pour ainsi dire, des accidents qui tiennent à la forme spéciale et à la variété du terrain

hystérique sur lequel évolue l'attaque. Ce sur quoi nous insistons spécialement, c'est la rapidité avec laquelle les sujets récupèrent leur activité physique et surtout psychique.

Il en est même qui, au sortir de l'attaque, éprouvent un véritable soulagement. Les phénomènes prodromiques avaient été si pénibles qu'ils se sentent maintenant délivrés d'une angoisse douloureuse qui les obsédait quelquefois depuis plusieurs jours. Beaucoup de nos malades nous ont affirmé spontanément qu'ils ne se sentaient jamais mieux moralement et physiquement que pendant les jours qui suivaient les attaques. Il semble que le paroxysme ait permis au système nerveux d'effectuer une sorte de décharge qui lui a été bienfaisante.

Ce sentiment de bien-être consécutif à l'attaque avait été déjà noté par Briquet, mais il semble en faire l'apanage presque exclusif des attaques à forme de spasmes, de toutes à la vérité de beaucoup les plus douloureuses. « Il est certain, dit-il, qu'ordinairement après le brisement qui suit immédiatement l'attaque spasmodique, les femmes hystériques se sentent plus légères, ont les membres plus dispos et l'esprit moins préoccupé qu'avant l'attaque (*op. cit.*, p. 330). »

Cet état général est bien différent de la période d'abrutissement qui suit l'accès d'épilepsie, et, à ce titre, maintenant que nous avons encore présente à la mémoire l'évolution de la grande attaque hystérique, il nous faut en établir le diagnostic avec l'accès de mal comitial, le seul, en réalité, qui pourrait légitimement prêter à la confusion.

Nous ne parlerons donc pas de l'*attaque d'éclampsie*, bien que les femmes enceintes puissent parfaitement présenter des attaques hystériques dont le diagnostic différentiel s'imposerait alors : nous aurions à répéter, ou à peu près, ce que nous allons dire de l'épilepsie. Nous rappellerons cependant que, dans un cas où l'on allait intervenir en pratiquant l'avortement, M. Pitres (1) montra

(1) Voir t. I, p. 318.

que la pression d'une zone hystérogène (que l'on ne manquera jamais de rechercher en pareille circonstance, si l'on trouve que la physionomie de l'attaque est insuffisante) pouvait faire cesser subitement des accidents qu'on croyait éclamptiques.

Cependant, avant d'aborder l'étude différentielle de l'accès d'épilepsie, nous devons faire une remarque qui nous est beaucoup plus inspirée par la pratique de ville que par la clientèle d'hôpital.

Dans le monde extramédical, et même parmi certains médecins fort instruits, toute personne à tempérament plus ou moins bizarre est qualifiée ordinairement d'hystérique. Nous avons fait justice de ces assimilations lorsque nous avons étudié l'état mental dans la névrose. Qu'il y ait des difficultés, des subtilités même d'analyse sur le terrain psychique, passe encore; mais lorsqu'il s'agit de l'attaque elle-même, d'une manifestation aussi objective, qui pourrait commettre une erreur? Or il est toute une catégorie de sujets, fréquemment des femmes, qui nous sont journellement adressés comme *ayant des attaques d'hystérie,* alors que rien de tel n'existe en réalité.

Il s'agit de ces malades que tout praticien a eu l'occasion d'observer, issus d'une souche névropathique, qui jeunes filles se tenaient un peu à l'écart de leurs compagnes, jeunes gens avaient des tendances aux bizarreries de caractère, toujours dans le sens triste, pessimiste Vers trente à quarante ans, rarement plus tôt, se développe chez eux un état mental tout particulier, qui n'est au fond que la fructification, du terrain nerveux sur lequel ils évoluaient depuis leur adolescence. Ils présentent tous les signes de la neurasthénie, dont ils ont la céphalée, la douleur de la nuque ou des tempes, la plaque sacrée et les vertiges. Mais de plus, de temps en temps, sous l'influence des causes les plus futiles, spontanément, il se produit des sortes de paroxysmes toujours les mêmes ou à peu près dans leur forme symptomatique. Ce sont des *angoisses*, une sensation de douleur partie de la *région*

précordiale qui remonte jusqu'à la base du cou, s'accompagnant souvent de palpitations ; le visage pâlit, la sueur perle aux tempes. Ces angoisses douloureuses ne restent pas limitées au domaine physique ; nombre de malades qui les éprouvent ont en même temps de véritables *phobies,* des terreurs imaginaires ; ils crient, pleurent, s'agitent, ont peur de tout et de rien. Et la *crise* se continue ainsi quelquefois pendant des heures sous forme d'un véritable état de mal.

Qu'on étudie bien ces malades : jamais pendant la crise ils n'ont d'hallucinations ; jamais dans l'intervalle ils ne présentent de stigmates sensitifs ou sensoriels, à moins que l'hystérie ne soit venue *s'associer* à leur manifestation morbide.

Car ce ne sont pas des attaques d'hystérie, ces crises qu'on prend si souvent pour telles, ce sont des *paroxysmes angoissants* qui accompagnent parfois la neurasthénie, en particulier cette forme que M. Charcot qualifie d'*héréditaire,* par rapport à la neurasthénie acquise, à la dépression, à l'épuisement nerveux par surmenage moral. Ces malades sont des vésaniques au petit pied, ils l'ont été dès leur adolescence, sinon dès leur enfance. L'affection psychique est peu intense, peu profonde en général ; bien rarement elle en arrive à troubler sérieusement le fonctionnement intellectuel, mais il est de ces sujets qui font parfois de véritables *accès de mélancolie anxieuse.*

Ce que nous avons voulu démontrer, c'est que, malgré l'opinion qu'on s'en fait souvent, ce ne sont pas là des hystériques et leurs *paroxysmes angoissants* n'ont rien de commun avec l'attaque convulsive ou avec les variétés du paroxysme hystérique, sauf dans l'association hystéro-neurasthénique qui s'observe assez fréquemment chez l'homme adulte. Dans ce dernier cas, on sera souvent fort embarrassé pour démêler au point de vue paroxystique ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces états. Mais la question a surtout une grande importance lorsque la neurasthénie forme héréditaire avec ses paroxysmes et

l'hystérie ne coexistent pas, car le pronostic des deux affections est bien différent, ce qui justifie la nécessité d'un diagnostic précis sur lequel se basera le traitement, qui lui aussi n'est pas le même dans l'une et l'autre espèce morbide.

*
* *

Dans le diagnostic différentiel que nous allons maintenant tracer entre l'attaque d'hystérie et l'accès d'épilepsie, il ne sera question que de la forme convulsive du paroxysme hystérique. Les variétés de l'attaque qui méritent une description particulière seront différenciées en temps et lieu appropriés d'avec le mal comitial s'il est nécessaire et les autres affections qui les pourraient simuler.

On peut, en dehors des phénomènes objectifs, acquérir certaines notions très importantes pour le diagnostic à établir entre l'attaque d'hystérie et l'accès d'épilepsie. C'est ainsi que, dans la grande majorité des cas, il faudra attribuer à l'épileptique les accès qui se montrent pendant la nuit ou le matin au réveil, l'hystérique ayant ses attaques presque toujours dans l'après-midi ou dans la soirée. L'hystérie convulsive débute généralement dans un âge moins précoce que l'épilepsie; ses accès ont rarement la même continuité désespérante que ceux du *morbus sacer,* mais, en matière d'hystérie, il faut toujours compter avec les exceptions.

Objectivement, l'épileptique tombe tout d'une masse en poussant un cri, et cela le plus souvent sans cause provocatrice appréciable. Il est des hystériques chez lesquels l'attaque débute aussi de cette façon, mais ce qui est la règle dans l'épilepsie est l'extrême exception dans l'hystérie, dont l'attaque est précédée presque toujours des *phénomènes prémonitoires* et de l'aura. Cette dernière, avec sa boule, sa sensation de strangulation, ses symptômes céphaliques, est tout à fait particulière à l'hystérie. Il n'existe pas de cri, à proprement parler, au début de l'attaque ; en revanche, dans les périodes consécutives, le

malade pousse souvent de véritables rugissements sur la signification desquels il n'y a pas à se tromper.

Nous avons observé à la Salpêtrière deux malades sur lesquels M. Charcot attira particulièrement l'attention des élèves. C'étaient de jeunes épileptiques chez lesquels l'accès s'annonçait par une aura douloureuse partant de la région péri-ombilicale et s'accompagnant d'un besoin immédiat d'aller à la garde-robe. L'accès suivait presque immédiatement, au point que l'un d'eux fut un jour trouvé par terre en proie aux convulsions et souillé par ses matières fécales qu'il n'avait pu retenir. Ce sont là de grossières analogies avec l'aura ovarienne : nous les signalons sans y insister davantage.

La première période de la grande attaque hystérique a été dite *épileptoïde*, parce que véritablement avec ses phases tonique, clonique et stertoreuse, elle est objectivement, dans son ensemble, très difficilement différenciable de l'accès d'épilepsie.

Mais si l'ensemble est le même, les détails sont bien différents. La morsure de la langue est aussi fréquente dans l'accès d'épilepsie qu'elle est exceptionnellement rare dans l'attaque d'hystérie : pour notre part nous n'en connaissons pas d'observation précise. Dans les deux cas, il vient de l'écume à la bouche : ce phénomène est toutefois beaucoup plus fréquent dans l'épilepsie, l'abondance de l'écume y est bien plus grande; de plus, celle-ci est teintée de sang par suite de la morsure de la langue. Comme il existe parfois au courant de l'attaque d'hystérie des contractures très violentes de la langue, cet organe peut porter sur des chicots, être légèrement éraillé et saigner; il faut se méfier de ces particularités, qui pourraient faire songer à un accès d'épilepsie, et examiner soigneusement la langue et la bouche du malade.

Fréquemment, pendant l'accès d'épilepsie, le sujet urine involontairement; de même laisse-t-il parfois échapper ses matières fécales. Jamais cette dernière évacuation n'a lieu dans l'attaque d'hystérie. Par contre, peut-être

existe-t-il des hystériques qui urineraient involontairement pendant le paroxysme. M. Charcot a présenté à ses auditeurs une malade de cet ordre ; mais venue seulement à la consultation externe, n'étant pas entrée dans le service, on ne put contrôler les assertions des personnes qui l'accompagnaient. Une autre petite malade de treize ans, hystérique, aurait, au dire de ses parents, uriné pendant ses attaques ; observée soigneusement après son entrée à l'hospice, ce phénomène ne fut plus noté. Nous avons bien souvent interrogé à ce sujet les surveillantes et les infirmières des salles d'hystériques et d'épileptiques ; la réponse a toujours été unanime : jamais l'hystérique ne mouille son lit pendant son attaque, alors que c'est presque la règle dans l'accès d'épilepsie.

A la vérité, lors de certains paroxysmes hystériques prolongés, les malades peuvent uriner par regorgement si l'on n'y prend garde ; de même avons-nous observé quelquefois l'incontinence d'urine lors d'attaques léthargiques avec contracture des membres inférieurs s'accompagnant probablement de spasme de la vessie, mais ici le diagnostic avec l'accès d'épilepsie n'était même pas à envisager.

Dans les cas difficiles où il s'agit de juger sur des renseignements rétrospectifs, il faudra avoir présent à l'esprit qu'un sujet peut avoir été épileptique pendant son enfance et être devenu ultérieurement hystérique ; de plus, que l'épilepsie et l'hystérie peuvent coexister chez le même sujet, mais toujours à l'état indépendant.

Une fois la première période terminée, l'attaque se prolonge avec les grands mouvements, les attitudes passionnelles ; le diagnostic alors ne saurait plus être douteux un seul instant. L'épileptique opère sans bruit, il ne se débat que peu ou pas, la phase clonique est courte, les mouvements peu étendus ; une fois qu'elle est terminée, le malade tombe dans un stertor avec ronflement qui indique la fin de l'accès.

Ce stertor existe également dans le paroxysme hysté-

rique, mais il est moins profond et de durée plus courte. Lorsqu'il se termine l'attaque n'est pas finie; bien au contraire elle entre dans la phase de sa plus grande activité : à partir de ce moment, du reste, le diagnostic s'impose. On ne pourrait donc avoir de doutes que lorsque, comme nous le verrons, l'attaque d'hystérie se borne à sa période épileptoïde.

L'accès d'épilepsie a duré quelques minutes, cinq à dix au plus ; l'attaque d'hystérie d'égale intensité va se développer à partir du stertor et ne durera pas moins de vingt minutes à une demi-heure. On n'observe pas après l'attaque les sugillations, les ecchymoses ponctuées de la région cervicale, si fréquentes après l'accès d'épilepsie.

Lorsque l'accès d'épilepsie est terminé, même lorsqu'il a été de courte durée, le sujet est plongé dans l'abrutissement : *il ignore tout ce qui s'est passé,* il souffre de la tête, d'une violente courbature du tronc et des membres qui persistera parfois plusieurs jours, il cherche un sommeil réparateur; tandis que l'hystérique, même après une attaque de grande violence, se souvient, sinon de tout ce qui a eu lieu, au moins de beaucoup de particularités relatives à son paroxysme. Dans tous les cas son esprit est libre ; il peut reprendre immédiatement ses occupations habituelles.

Il est étonnant de voir Briquet attribuer à l'attaque d'hystérie une céphalalgie et une sensation de malaise et de courbature qui persisteraient *toujours* pendant vingt-quatre heures après le paroxysme. Par contre, « dans l'attaque d'épilepsie, dit-il, il y a quelquefois de la céphalalgie qui n'a que quelques heures de durée et point d'autres malaises » (*op. cit.*, p. 390). Nous ne pouvons, en aucune façon, partager cette manière de voir.

Nous rappellerons qu'à l'époque où Briquet écrivait, on croyait encore à la fusion chez le même individu de l'épilepsie et de l'hystérie ; d'où le terme d'*hystéro-épilepsie* qui, avons-nous dit, doit être rejeté comme prêtant à l'ambiguïté Le diagnostic entre les manifestations convulsives

hystériques et épileptiques devait donc laisser à désirer; ce qui expliquerait peut-être l'opinion de Briquet. Aujourd'hui, pareille confusion n'existe plus. D'ailleurs, si dans certains cas les caractères cliniques étaient insuffisants, on trouverait dans l'analyse des urines, dans les modifications des échanges nutritifs dont nous allons faire l'exposé, tous les éléments nécessaires pour établir le diagnostic différentiel entre l'attaque d'hystérie et l'accès d'épilepsie.

Le tableau suivant résume assez fidèlement la physionomie respective des deux paroxysmes. Nous y joignons les caractères tirés des urines, que nous allons bientôt apprendre à connaître.

Parallèle entre l'attaque d'hystérie et l'accès d'épilepsie.

HYSTÉRIE.	ÉPILEPSIE.
L'*attaque* survient le jour, dans l'après-midi ou la soirée. Elle est précédée des phénomènes de l'aura; le malade prend ses dispositions pour subir son attaque. Pas de cri initial; cris très violents et répétés dans la deuxième période.	L'*accès* survient la nuit ou dès le matin; aura le plus souvent inappréciable, chute subite dans la rue, dans le feu, etc., en poussant un cri.
Identité des phénomènes *objectifs* de la première période dite pour cela *épileptoïde* avec l'accès *tout entier* d'épilepsie. Mais pas de morsure de la langue, pas d'urination ou de défécation involontaires.	L'épileptique se mord la langue et urine involontairement.
La connaissance commence à revenir avec la deuxième période dite des grands mouvements.	La perte de connaissance est absolue pendant toute la durée de l'accès; les secousses de la phase clonique de l'accès ne sauraient être comparées aux grands mouvements de la deuxième période de l'attaque.
La troisième période est remarquable par ses attitudes passionnelles représentatives d'un *rêve*.	Pas d'analogie dans l'accès.
Le délire de la quatrième période est jusqu'à un certain point raisonné : on peut parfois le diriger en parlant au malade.	Le délire qui survient chez quelques épileptiques après l'accès est une impulsion brutale, irraisonnée, souvent homicide.

L'attaque dure une demi-heure.	L'accès dépasse rarement cinq à dix minutes.
L'attaque terminée, le malade recouvre immédiatement sa vigueur physique et intellectuelle. Il ne reste de la courbature que si les grands mouvements ont été très violents ; c'est un pur accident.	Aussitôt après l'accès, torpeur et abrutissement ; tendance presque invincible au sommeil ; courbature constante, douloureuse, durant parfois vingt-quatre heures, même après les petits accès : sugillations fréquentes de la région cervicale.
Chimiquement. L'attaque se juge par l'*abaissement* du taux du résidu fixe, de l'urée, des chlorures, des sulfates, des phosphates avec inversion de la formule de ces derniers.	*Chimiquement.* L'accès se juge par l'*élévation* du taux du résidu fixe, de l'urée, des chlorures, des sulfates, des phosphates sans inversion de la formule de ces derniers.

*
* *

Ce que nous avons déjà dit fait pressentir le peu de gravité du *pronostic* de l'attaque.

Toutefois, il est certains cas dans lesquels la mort peut survenir, occasionnée par l'attaque elle-même. Comme les faits de cet ordre se rapportent presque tous à la variété de paroxysme connue sous le nom d'*attaque de spasmes,* et mieux de spasmes laryngés, nous traiterons, en décrivant ce paroxysme, en même temps de son pronostic spécial et du pronostic en général de l'attaque convulsive.

Il faut surtout, nous ne saurions trop le répéter, considérer le paroxysme, quelque variété qu'il affecte, comme un phénomène qui remuera de fond en comble le terrain hystérique. Tel sujet sortira de son attaque avec une paralysie, tel autre avec une contracture, un troisième avec de la surdité, un quatrième avec de l'amaurose, des vomissements, etc.

Mais ce qu'il ne faut pas non plus ignorer, c'est que l'attaque, par le même mécanisme, peut avoir une action curative, c'est-à-dire déplacer ou faire disparaître le phénomène qui dominait avant son apparition, la scène morbide. Une paralysie ou une contracture datant de plusieurs mois disparaîtront du fait du paroxysme, de même

des vomissements, de même les autres phénomènes permanents de la série hystérique. De ce fait nous verrons au chapitre du traitement que la provocation d'une attaque, par la pression d'une zone hystérogène, pourra être d'un grand secours dans la thérapeutique de la névrose.

CHAPITRE DEUXIÈME

LA NUTRITION DANS LES PAROXYSMES ET PARTICULIÈREMENT DANS L'ATTAQUE CONVULSIVE

Opinions de Rayer, de Briquet sur les urines de l'attaque. — *Recherches de Gilles de la Tourette et Cathelineau*, 1888-1894. — Méthode d'expérimentation. — Les modifications nutritives débutent avec l'attaque et ne s'étendent pas au delà d'une période de vingt-quatre heures. — Urine primaire; urine secondaire. — *Polyurie relative; diminution réelle.* — Absence d'éléments anormaux. — *Formule chimique de l'attaque :* Abaissement du taux du résidu fixe : urée, chlorures, sulfates, phosphates avec *inversion de la formule* de ces derniers. — Cette formule est applicable aux autres paroxysmes hystériques sous forme d'attaques. — *Diagnostic chimique différentiel avec l'accès d'épilepsie.*

Discussion des recherches de Gilles de la Tourette et Cathelineau portant principalement sur l'inversion de la formule des phosphates. — J. Voisin, etc. — *Opinions confirmatives :* Rummo, Grasset, Pitres, Voulgres, Chantemesse, Bosc, etc. — *Le coefficient d'oxydation n'est pas diminué : il y a diminution et non ralentissement des échanges.*

L'étude que nous venons de faire du paroxysme hystérique a porté exclusivement sur l'aspect clinique qu'il revêt lorsqu'il se présente sous la forme de la grande attaque convulsive. Il est intéressant de chercher maintenant comment la nutrition se comporte pendant l'attaque : reste-t-elle normale comme dans les intervalles interparoxystiques (1), ou bien, au contraire, les échanges subissent-ils des modifications?

Cette question a été, de notre part, l'objet de recherches prolongées entreprises en commun avec M. H. Cathelineau, à la Salpêtrière, depuis l'année 1888, et que nous poursuivons encore aujourd'hui (2). Basées sur l'analyse des urines,

(1) Voir t. I, ch. XII, *La nutrition dans l'hystérie normale.*

(2) Nos recherches ont été publiées presque complètement dans le *Progrès médical* à dater du 1er décembre 1888. Nous les avons réunies en une

elles nous ont donné des résultats tellement particuliers, que nous y avons trouvé des arguments de premier ordre pour la division que nous avons proposée et adoptée de l'hystérie en paroxystique et interparoxystique.

*
* *

Les auteurs anciens et modernes, se plaçant uniquement au point de vue clinique, avaient noté qu'aussitôt la crise terminée ou dans les instants qui la suivent, les hystériques émettaient spontanément une quantité relativement considérable d'urine présentant, par rapport au liquide normal, des caractères spéciaux.

« L'urine nerveuse proprement dite, suivant Briquet (*op. cit.*, p. 485), ne se produit que lors des émotions morales, lors de l'augmentation des troubles hystériques sans fièvre angéioténique, et surtout lors des spasmes et des attaques de nerfs.

« Dans ces conditions, il se fait une excrétion abondante d'urine; au lieu de 125 grammes, terme moyen établi par M. Lecanu pour les urines ordinaires, les malades urinent quelquefois un litre d'un seul coup; au lieu d'avoir une couleur orangée, elles sont complètement incolores et claires, suivant l'expression des malades, comme de l'eau de roche. Au lieu d'avoir cette odeur si connue de bouillon, elles sont complètement inodores, elles n'ont presque plus que la saveur de l'eau, et leur densité spécifique, au lieu d'être 1030 comme dans l'état normal, est exactement celle de l'eau.»

On trouve disséminés çà et là, dans le *Traité des maladies des reins* de Rayer (t. I, 1839), quelques passages qui ont trait aux modifications de l'urine chez les hystériques. « Dans les attaques d'hystérie et de quelques autres états

brochure où l'on trouvera l'exposé de la technique que nous avons suivie dans nos analyses : *La nutrition dans l'hystérie,* in-8°, 1890. Bur. du *Progrès médical.* (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences, prix Lallemand.)

nerveux, dit-il (p. 54), l'urine est claire et transparente comme l'eau pure... Elle est ordinairement décolorée, peu acide ou neutre (p. 65)... On a noté sa saveur aqueuse dans l'hystérie, sucrée dans le diabète (p. 71)... Dans l'hystérie, dans la polydipsie, les éléments solides de l'urine sont en si petite quantité, que sa pesanteur spécifique s'élève peu au-dessus de l'eau commune (p. 76)... Les urines incolores ou aqueuses des hystériques ou des enfants à la mamelle contiennent peu ou point d'urée (p. 79)... Dans les affections hystériques ou convulsives, l'urine non seulement devient tout à fait incolore et claire comme de l'eau, mais, suivant Cruikshank (1), elle contient très peu d'urée et de principes organiques (p. 84)... La diminution de l'acide urique a été constatée dans un assez grand nombre de maladies. L'urine des femmes hystériques en contient à peine (p. 96). »

En rapprochant ainsi ces faits les uns des autres, on pourrait croire qu'ils constituaient, pour Rayer et pour Briquet, un corps de doctrines touchant d'ailleurs par certains points à la vérité ; il n'en était rien toutefois, et le soin que les auteurs prennent eux-mêmes de montrer leur généralisation à d'autres maladies leur enlève tout caractère de spécificité. Ils n'inspirèrent, du reste, aucunes recherches en ce qui regarde l'attaque convulsive, à laquelle ils semblent se rapporter plus particulièrement, bien que l'état normal et l'état paroxystique de l'hystérie ne soient pas différenciés, ce qui leur fait perdre une grande partie de leur valeur réelle.

On chercherait en vain, par exemple, dans l'*Essai sur la nutrition dans l'hystérie,* de M. Empereur (1876), et dans la thèse de M. Regnard (2), les caractères chimiques de l'attaque permettant de la distinguer des autres paroxysmes qui, cliniquement, la pourraient simuler. C'est pourquoi en entreprenant, en 1888, avec M. Cathelineau, les recher-

(1) *In* Rollo : *Cases of the diabetes mellitus*, etc., 2e édit., in-8°, 1798.

(2) *Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires*, 1879.

ches dont nous allons exposer les résultats, nous trouvions-nous, au moins en ce qui regarde l'attaque, devant un champ complètement inexploré.

*
* *

Dans ces conditions, il était important d'adopter et de suivre rigoureusement une méthode d'expérimentation, afin qu'on pût, en s'aidant de la même technique, répéter et contrôler nos investigations. Celles-ci portèrent tout d'abord sur dix malades : huit femmes et deux hommes ; depuis, nos analyses comprennent, en ce qui regarde les paroxysmes seuls, plus de cent sujets d'âge et de sexe différents. Étant donné que les résultats que nous avons obtenus ont toujours été concordants, nous raisonnerons, pour la facilité et la rapidité de l'exposition sur les dix malades qui nous ont servi à établir nos premières moyennes relatives au paroxysme convulsif (tabl. I).

La méthode que nous employions et qui n'a, du reste, pas varié, était la suivante : chez un sujet que nous savions susceptible d'avoir sous peu des attaques, nous recueillions les urines de chaque période de vingt-quatre heures d'état interparoxystique ou normal. Le malade était soigneusement pesé, le poids des vêtements défalqué, afin de rapporter comparativement les résultats au kilogramme d'individu sain. Ceci nous permit d'établir que, dans la période interparoxystique, la nutrition n'était pas troublée (t. I, ch. XII).

En ce qui regarde le paroxysme, la période d'analyse commençait avec l'attaque elle-même et portait sur les vingt-quatre heures comprenant cette attaque.

Résumant un grand nombre d'observations et sans parler des analyses fractionnées d'heure en heure que nous avons faites, nous sommes arrivés à cette première conclusion : les modifications nutritives que l'attaque entraîne avec elle ne se font sentir qu'à dater du début de l'attaque elle-même ; elles ne s'étendent pas au delà de la période de

vingt-quatre heures qui suit l'attaque. Nous insistons sur ce fait, dont on saisira bientôt l'importance : que l'analyse doit porter sur la totalité des urines des vingt-quatre heures comprenant le paroxysme, sous peine de commettre de grosses erreurs de fait et d'interprétation.

Il était nécessaire d'abord d'être fixé sur cette polyurie que plusieurs auteurs disaient avoir notée après l'attaque convulsive. Afin d'apporter plus de précision dans nos recherches, nous recueillions dans un bocal spécial les urines de la première miction qui suivait l'attaque, *urine primaire*, et dans un ou plusieurs autres celle des mictions consécutives, *urine secondaire*.

Nous avons pu constater, de cette façon, que l'attaque convulsive était le plus souvent suivie de *polyurie* immédiate. Alors, en effet, qu'une miction normale oscille en général entre 150 et 200 grammes, nous avons noté parfois (tabl. I, n° 5) une quantité d'*urine primaire* pouvant aller jusqu'à 700 grammes. Dans plusieurs cas même, la quantité d'urine émise lors de cette première miction a surpassé notablement le volume total de l'urine des autres mictions de la période de vingt-quatre heures.

La polyurie, lorsqu'elle existe, porte donc uniquement sur la première miction qui suit l'attaque; elle est *relative* et non *réelle*.

En effet, en ce qui regarde la quantité de l'*urine totale* (urine primaire et secondaire réunies) des vingt-quatre heures de la période d'attaque, non seulement nous n'avons pas constaté qu'elle fût augmentée, mais encore, en faisant les moyennes de nos dix premiers cas, représentant eux-mêmes trente-six périodes de vingt-quatre heures d'attaque et un nombre proportionnel de jours interparoxystiques destinés à établir les moyennes de l'état normal, nous avons trouvé : 1140 c. c. pour une période normale de vingt-quatre heures et 1014 c. c. pour la période d'attaque.

La polyurie de l'attaque porte donc exclusivement sur la première miction qui la suit : la totalité des urines des vingt-

quatre heures comprenant l'attaque étant généralement un peu au-dessous de la normale. Cette règle peut subir quelques exceptions. En moyenne, l'urine primaire nous a paru être le tiers de l'urine totale; chiffre très élevé, si l'on considère que la durée ordinaire d'une grande attaque ou d'une série de petites attaques dépasse rarement une demi-heure ou une heure.

Il est difficile d'apprécier l'influence de la *durée* et de l'*intensité* de l'attaque sur la production de la polyurie. Les attaques longues et violentes nous ont paru surtout faire tomber le volume de l'urine totale au-dessous de la normale et, par contre, produire une polyurie marquée portant sur la première miction (tabl. I, n°s 3 et 9).

Les différences que l'on constate entre le volume des urines primaire et secondaire se retrouvent également dans leur *aspect,* leur *odeur* et leur *densité.* L'urine primaire est, comme l'avaient indiqué Rayer et Briquet, claire, limpide, d'odeur nulle ; l'urine secondaire est jaune citron ; elle a l'odeur fade de l'urine normale. La *densité* de l'urine primaire est très faible, oscillant entre 1004 et 1010, la densité normale étant de 1018 à 1020. La densité de l'urine secondaire, par suite du certain degré d'oligurie qui la caractérise, est au contraire relativement considérable : 1025 à 1026. La densité de l'urine totale est, en général, inférieure à la normale, — 1016 en moyenne; — ce qui, comme nous le verrons en traitant du résidu fixe, tient à la faible quantité de celui-ci. La réaction de l'urine normale est acide, elle rougit franchement le papier bleu de tournesol : les urines primaire et secondaire ont une réaction acide très faible. A l'instar de la densité, cette faible acidité fait encore pressentir qu'il doit exister des modifications importantes dans la constitution chimique de l'urine totale.

Mais, on le comprend, le point capital de l'analyse gît tout particulièrement dans l'étude du *résidu fixe.* Chez tous nos malades, les résultats ont été identiques ; tous ont présenté une *diminution* très remarquable de

TABLEAU I

NOMS		VOLUME	RÉSIDU FIXE pour 100 c. c.	URÉE	ACIDE PHOSPHORIQUE ALCALIN	ACIDE PHOSPHORIQUE TERREUX	ACIDE PHOSPHORIQUE TOTAL	RAPPORTS ENTRE ACIDE PHOSPHORIQUE ALCALIN ET TERREUX	ENSEMBLE DES ANALYSES
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	Terr. Alcal.	
1. — X..., H. (salle Bouvier).	Attaques.	1460	47.10	17.96	0.98	0.73	1.71	75 à 100	du 5 au 10 septembre 1888
P. = 59 K.	Et. normal.	1223	49.30	23.90	1.75	0.82	2.57	46 à 100	Polyurie.
2. — Lel..., H. (salle Pruss).	Attaques.	1250	32.10	10.60	0.408	0.466	0.87	115 à 100	du 13 au 29 janvier 1889
P. = 56 K.	Et. normal.	530	50.40	24.70	1.72	0.81	2.53	46 à 100	
3. — Mett..., F. (s. Duchenne).	Attaques.	630	30.30	10	0.42	0.37	0.70	88 à 100	Attaques t. violentes.
P. = 41 K. 500.	Et. normal.	1100	40.20	18.15	1.47	0.58	2.65	40 à 100	du 2 au 10 janvier 1889
4. — Wi..., F. (s. Duchenne).	Attaques.	1675	40	16.09	0.81	0.49	1.30	60 à 100	du 13 au 22 novembre 1888
P. = 48 K.	Et. normal.	1270	49.92	21.80	1.80	0.56	2.36	31 à 100	Polyurie : 600+1280; 470+1000
5. — Ver..., F. (s. Duchenne).	Attaques.	1000	34.54	15.20	0.93	0.60	1.56	65 à 100	du 16 au 20 novembre 1888
P. = 44 K.	Et. normal.	955	40 40	18.20	1.42	0.58	2	40 à 100	Polyurie : 700+300
6. — Jum..., F. (s. Duchenne).	Attaques.	1046	39.74	12	0.77	0.54	1.31	70 à 100	du 14 au 22 novembre 1888
P. = 49 K.	Et. normal.	1150	53	24.22	1.74	0.43	2.17	25 à 100	Polyurie : 350+260 le 16 novembre 350+810 le 19 —
7. — Duma..., F. (s. Duchenne).	Attaques.	950	36	17.08	0.85	0.66	1.51	77 à 100	du 1er au 8 janvier 1889
P. = 47 K.	Et. normal.	1025	41.03	19.80	1.40	0.56	1.96	40 à 100	
8. — Degra .., F. (s. Requin).	Attaques.	1050	35	12.93	0.81	0.59	1.40	72 à 100	du 12 au 20 février 1889
P. = 51 K.	Et. normal.	1250	49.10	19.75	1.62	0.58	2.20	35 à 100	
9. — Garn..., F. (s. Axenfeld).	Attaques.	700	29	10.50	0.42	0.43	0.95	100 à 100	du 15 fév. au 1er mars 1889
P. = 43 K.	Et normal.	1155	46.24	18.20	1.40	0.60	2	42 à 100	Attaques t. violentes.
10. — Groua..., F. (s. Requin).	Attaques.	1100	30.08	11.10	0.588	0.472	1.06	79 à 100	du 10 au 20 février 1889
P. = 44 K.	Et. normal.	1020	49.10	19.15	1.35	0.71	2.06	50 à 100	Polyurie.

N. B. — Dans la colonne des observations, le premier nombre indique le volume de l'urine émise immédiatement après l'attaque (urine primaire), le deuxième, celui de l'urine secondaire.

ce résidu. On sait que chez les individus sains, et nous avons démontré que les hystériques leur étaient sous ce rapport complètement assimilables, le résidu fixe oscille pour 1000 c. c., base de comparaison adoptée par les urologistes (1), entre 40 et 52 gr. (Gautier, Yvon, Méhu, etc.). Chez nos dix premiers malades comme chez les autres, ce résidu fixe s'est constamment trouvé au-dessous du taux normal, allant du minimum de 29 gr. (tabl. I, n° 9) au maximum de 47 gr. (n° 1) avec une moyenne de 35 gr. 38, alors qu'à l'état normal, chez ces mêmes malades, la moyenne, pour les 10 cas, donnait 46 gr. 86.

L'attaque d'hystérie convulsive proprement dite *diminue* donc *d'un tiers en moyenne* le poids du résidu fixe de l'urine des 24 heures.

L'analyse des divers, ou mieux des principaux éléments constituant ce résidu fixe, nous a fourni des résultats de première importance.

En ce qui regarde l'*urée*, ces résultats sont encore concordants chez nos 10 malades. Chez tous, l'urée de l'urine primaire et de l'urine secondaire, de l'urine totale, en un mot, est notablement inférieure à l'urée des 24 heures de l'état normal. Ainsi, alors que chez la femme, par exemple, l'urée oscille normalement entre 18 et 22 gr. dans les 24 heures, dans les 24 heures de la période d'attaque elle se maintient entre 10 (n° 3) et 17 gr. (n° 7) avec une moyenne de 13 gr. 27, la moyenne chez les mêmes sujets à l'état normal étant de 20 gr. 78. Des deux hommes, l'un (n° 1) excrète 17 gr. 96 pendant la période d'attaque et 23 gr. 90 pendant la même période normale; l'autre (n° 2) 10 gr. 60 pendant l'attaque, 24 gr. 70 étant chez lui le taux normal. De plus, nous avons noté, par l'analyse comparative, un fait très important. C'est que

(1) Nous rappelons que, dans les exposés d'analyses, le résidu fixe est ordinairement rapporté à 1000 c. c.; l'urée, les phosphates, par exemple, étant rapportés à la totalité de l'urine excrétée pendant les vingt-quatre heures.

l'urine primaire, qui représente généralement, avons-nous dit, le tiers de l'urine totale ou des 24 heures, ne se trouve plus être, au point de vue de l'urée, que le dixième en moyenne de l'urine secondaire (tabl. II).

On voit par là combien l'urine émise aussitôt après l'attaque présente des caractères particuliers, tant au point de vue du volume que de la quantité d'urée qu'elle renferme. Mais on constate aussi que les troubles de la nutrition retentissent au delà de la première miction, qui a

TABLEAU II

Analyses séparées des urines primaire et secondaire.

NOMS	URINE PRIMAIRE		URINE SECONDAIRE	
J..., du 19 au 20 nov. 1888 (Salle Duchenne).	Volume...	350 c. c.	Volume...	810 c. c.
	Résidu fixe.	1.92 gr.	Résidu fixe.	44 gr.
	Urée	1.60 »	Urée	12.93 »
	Ac.phosph.	0.06 »	Ac.phosph.	1.48 »
W..., du 15 au 16 nov. 1888 (Salle Duchenne).	Volume...	600 c. c.	Volume...	1.280 c. c.
	Résidu fixe.	6.99 gr.	Résidu fixe.	37.10 gr.
	Urée	2.10 »	Urée	14.08 »
	Ac.phosph.	0.158 »	Ac.phosph.	1.65 »
V..., du 16 au 17 nov. 1888 (Salle Duchenne).	Volume...	700 c. c.	Volume...	300 c. c.
	Résidu fixe.	12.40 gr.	Résidu fixe.	19.14 gr.
	Urée	5.15 »	Urée	7.90 »
	Ac.phosph.	0.64 »	Ac.phosph.	0.89 »

du reste généralement lieu aussitôt après le paroxysme convulsif, puisque, en tant qu'urée, l'urine secondaire ne sera nullement comparable à l'urine émise pendant un même laps de temps normal.

D'où la nécessité de faire porter l'examen sur l'urine des 24 heures, en tenant compte, bien entendu, des particularités de l'urine primaire, qui, d'ailleurs, en ce qui regarde les matériaux solides, n'est que la *copie très diminuée* de l'urine secondaire. Cela se comprend, du reste, car les modifications nutritives que l'attaque entraîne avec elle vont en se dégradant peu à peu à partir de l'attaque, dans

une période que les analyses nous ont montrée ne pas dépasser 24 heures.

L'étude des *phosphates* est aussi instructive que celle de l'urée. Elle nous a permis d'assigner aux urines de la période d'attaque des caractères spéciaux que, pas plus, du reste, que les précédents, personne n'avait signalés avant nous.

Chez l'individu sain comme chez l'hystérique à l'état normal, l'acide phosphorique total varie dans les 24 heures entre 2 gr. et 2 gr. 57. Or, dans nos dix cas et pour la période de 24 heures comprenant l'attaque, la quantité totale de cet acide a oscillé entre un maximum de 1 gr. 71 (n° 1) et un minimum de 0 gr. 79 (n° 3) avec une moyenne de 1 gr. 24, la moyenne normale pour nos dix malades étant 2 gr. 19. Mais l'étude de l'acide phosphorique, considéré uniquement dans sa totalité, serait tout à fait insuffisante dans la circonstance. On pouvait s'en contenter autrefois, mais cela n'est plus permis aujourd'hui après les recherches de M. Mairet. Rappelons, avant d'aller plus loin, que cet acide phosphorique, éliminé normalement par les urines, se décompose en acide phosphorique terreux — chaux et magnésie — et en acide phosphorique alcalin — soude et potasse. M .Mairet étudiant, comme nous l'avons dit, l'élimination de cet acide dans divers états nerveux, écrit (1) :

« Il est absolument indispensable, au point de vue biologique, d'étudier comparativement l'élimination de

(1) Mairet, *Recherches sur l'élimination de l'acide phosph. chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique*, 1884, p. 29. Nous avons déjà dit (t. I, p. 564) qu'en ce qui regarde les hystériques, M. Mairet avait écrit lui-même qu'après ses recherches, qui ont porté sur deux malades qu'on ne put qu'insuffisamment surveiller au sujet de la récolte totale des urines des vingt-quatre heures, « l'histoire de l'action qu'exerce l'hystérie sur l'élimination de l'acide phosphorique était tout à faire ».

On sait aussi que M. le professeur Lépine, de Lyon, a le premier, en 1879, constaté l'élévation du taux des acides phosphorique, terreux et alcalins dans l'attaque et les vertiges épileptiques. (Lépine et Jacquin, *Sur l'excrétion de l'acide phosphorique par l'urine dans ses rapports avec celle de l'azote. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879.) Nous aurons l'occasion, au chapitre du diagnostic différentiel, de revenir sur ces recherches et sur celles postérieures de M. Mairet.

l'acide phosphorique uni aux terres et de l'acide phosphorique uni aux alcalis, et nous verrons que cette étude nous permettra de distinguer ce qui revient dans un cas donné au travail musculaire, de ce qui revient au travail intellectuel dans l'élimination des phosphates. Ces deux travaux agissent, en effet, d'une manière toute différente sur les phosphates solubles et les phosphates insolubles. »

Négligeant pour le moment la seconde partie interprétative de la proposition de M. Mairet, nous dirons que les auteurs, et celui-ci avec eux, s'accordent à admettre que le chiffre des phosphates alcalins, soude et potasse, étant représenté par 100, quantité constante, celui des phosphates terreux, chaux et magnésie, variera entre 25 et 44. Exemple : étant donnée une moyenne de 2 gr. 50 pour l'acide phosphorique total des 24 heures, les phosphates alcalins pèseront 1 gr. 90 et les phosphates terreux 0 gr. 60, c'est-à-dire que nous aurons 33 parties de phosphates terreux pour 100 parties de phosphates alcalins (25 à 40 pour 100 des phosphates éliminés, d'après Francesco Roncati, Harley, Rabuteau, Teissier, etc.; Mairet, p. 33).

Ces prémisses posées, nous pouvons aborder l'étude plus complète de l'élimination des phosphates dans l'attaque d'hystérie. Chez nos dix malades, nous avons dit que la quantité d'acide phosphorique total était constamment abaissée en moyenne à 1 gr. 24, leur moyenne normale étant de 2 gr. 19. Or, si chez eux on étudie comparativement l'élimination des acides terreux et alcalins, on note très nettement qu'au lieu de la proportion normale de 25-44 d'acides terreux pour 100, quantité constante, d'acides alcalins, on trouve 80, ce qui porte la proportion au double de la proportion normale, en ne tenant compte que du maximum 44.

En résumé, à l'état normal, les acides terreux étant aux acides alcalins comme 1 est à 3, dans la période d'attaque, la proportion tendra à devenir presque comme 1 est à 1, c'est-à-dire que les quantités respectives des

deux acides tendront à s'égaliser, toutes réserves faites, bien entendu, en ce qui regarde la quantité totale qui, comme nous l'avons dit, est très diminuée pendant l'attaque, comparativement à l'état normal, cette diminution portant d'ailleurs, mais inégalement, sur les deux acides. Exemple : chez le n° 9, à l'état normal, nous avons pour les 24 heures : 2 grammes d'acide phosphorique total se décomposant en alcalins, 1 gr. 40, et terreux, 0 gr. 60. Pendant la période d'attaque des 24 heures, nous avons : acide phosphorique total, 0 gr. 95, se décomposant en alcalins, 0 gr. 42, et terreux, 0 gr. 43.

Ces remarques, qui portent sur l'urine totale, sont applicables aux urines primaire et secondaire considérées séparément, avec cette particularité que, à l'instar de ce qui existe pour l'urée, l'urine primaire est très pauvre en acide phosphorique comparativement à l'urine secondaire. Les résultats que nous venons d'énoncer en ce qui concerne l'acide phosphorique, joints aux précédents (urée, résidu fixe, etc.), sont de la plus haute importance pour établir le diagnostic différentiel entre l'attaque d'hystérie et les autres paroxysmes qui la pourraient simuler.

Nous avons également dosé les *chlorures* et les *sulfates* dans l'urine de nos dix malades. Sans insister davantage, nous pouvons dire que, pendant la période d'attaque, ils suivent la marche décroissante du résidu fixe et que, comme l'urée et les phosphates, leur taux est constamment abaissé par rapport à la normale.

Existe-t-il dans les urines de la période d'attaque hystérique des *éléments anormaux?* « Gibb, Goolden, nous apprend Briquet (p. 486), disent avoir trouvé du sucre dans les urines de plusieurs malades atteints d'*affections nerveuses*, et M. Reynoso avance qu'il en a aussi trouvé chez les hytériques ; M. Michéa et M. Kletginski ont observé le contraire. »

MM. Lécorché et Talamon (1) semblent plus affirma-

(1) *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*, Paris, 1888, p. 285

tifs : « L'hystérie donne-t-elle lieu à l'albuminurie au moment des crises? Il n'y a rien de certain à cet égard. D'après Martin Solon, Peschier aurait constaté la présence de l'albumine à la fin des accès hystériques; Maclagan signale le même fait. Fiori a noté souvent aussi une albuminurie légère chez les hystériques après les convulsions. Mais les auteurs sont, en général, muets sur ce point. Il est permis, cependant, de penser que l'albuminurie transitoire ne doit pas être rare dans l'hystérie. Le rein n'échappe pas aux troubles vaso-moteurs variés qui caractérisent cette névrose : l'oligurie, l'anurie et la polyurie hystérique suffisent pour en témoigner; l'albuminurie due aux mêmes modifications vasculaires ne saurait paraître un phénomène extraordinaire. Lépine dit même avoir observé chez une hystérique, en dehors de toute attaque, et de toute oligurie, une albuminurie qu'il attribue directement à l'influence nerveuse. L'interprétation peut sembler discutable, le malade ayant en même temps un peu d'anasarque ; mais l'œdème et l'albuminurie furent transitoires, et Lépine n'hésite pas à affirmer l'origine hystérique de cette albuminurie, qu'il compare à l'albuminurie passagère des jeunes gens. »

Pour notre part, dans l'hystérie interparoxystique comme à la suite des paroxysmes les plus variés, et nos analyses ont porté sur plus de cent sujets, nous n'avons jamais noté dans l'urine la présence d'éléments anormaux : sucre, albumine ou autres.

Si maintenant nous cherchons à résumer l'ensemble des résultats obtenus, nous dirons : l'attaque convulsive d'hystérie comprenant une période d'analyse des vingt-quatre heures à dater de son début, se caractérise par une polyurie relative due à la première sécrétion, le total de l'urine des vingt-quatre heures étant généralement au-dessous de la normale. Le résidu fixe : l'urée, les phosphates, les chlorures, les sulfates, sont diminués d'un tiers par rapport à l'état normal. Le rapport de l'acide phosphorique terreux à l'acide phosphorique alcalin (les deux for-

mant l'acide phosphorique total), qui à l'état normal est en chiffres ronds comme 1 est à 3, tend à devenir comme 2 est à 3, sinon plus. Ces rapports généraux sont représentés dans le tableau III, qui renferme les moyennes comparatives des dix cas analysés dans le tableau I.

La *longueur* et l'*intensité* de l'attaque accentuent ces modifications nutritives, qui sont pafaitement perceptibles par l'analyse chimique pour une simple attaque d'un quart d'heure de durée. Elles débutent avec l'attaque. Chimiquement, rien ne peut faire prévoir l'attaque avant qu'elle ait éclaté. Par contre, ces modifications se font encore

Tableau III

VOLUME		RÉSIDU FIXE pour 1000 c. c.		URÉE		ACIDE PHOSPH. TOTAL		RAPPORTS ENTRE LES ACIDES PHOSPH. TERREUX ET ALCALIN	
État normal.	Attaque.	État normal.	Attaque.	État normal.	Attaque.	État normal.	Attaque.	État normal.	Attaque.
c. c.	c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
1140	1014	46,86	35,38	20,78	13,27	2,19	1,24	39,5 à 100	80 à 100

sentir pendant une période qui ne nous a jamais paru dépasser vingt-quatre heures, à dater du début de l'attaque. L'analyse doit donc porter sur les urines d'une période de vingt-quatre heures, à dater du début de l'attaque. Par cela même que les excreta et, partant, les déperditions sont très peu accentués, puisqu'ils sont diminués par rapport à l'état normal, on comprend combien doit être de peu d'importance et de courte durée le trouble que le paroxysme apporte aux fonctions générales de l'économie. C'est là un fait qui, depuis longtemps, avait été constaté en clinique.

Resterait à donner l'interprétation des phénomènes observés. On pourrait penser que cet abaissement du résidu fixe, de l'urée., etc, tient aux modifications que l'attaque peut apporter dans l'alimentation habituelle. Il n'en

est rien, et en rationnant exactement nos malades, nous avons vu que le jour où l'attaque survenait entre les repas, par exemple, et n'entravait en aucune façon l'alimentation, il y avait chute de l'urée comparativement à la veille et au lendemain, où les substances ingérées étaient identiques en poids, nature et volume. Il nous a été très facile d'éviter toutes causes d'erreur en soumettant expérimentalement certains de nos sujets au régime lacté intégral dans les jours qui précédaient, accompagnaient et suivaient l'attaque et en nous assurant que pendant toutes ces périodes de vingt-quatre heures la quantité de lait absorbé restait la même sans adjonction d'autres aliments liquides ou solides. Nos expériences ont été trop répétées pour laisser sur ce point aucune place au doute : la formule chimique que nous avons découverte pour la première fois avec M. Cathelineau dans le service de M. Charcot est donc bien sous la dépendance directe de l'attaque d'hystérie.

En réalité, l'essence même de ces troubles des échanges reste hypothétique. M. Mairet a établi dans ses recherches que le travail intellectuel ralentissait d'une façon marquée la nutrition générale. Il a montré aussi que l'acide phosphorique alcalin était un produit de l'activité musculaire, alors que l'acide phosphorique terreux était un produit de l'activité intellectuelle. L'attaque hystérique, — en nous basant sur nos analyses différentielles des deux acides phosphoriques, — avec son rêve, ses attitudes passionnelles, mettrait-elle donc davantage en jeu l'activité intellectuelle que l'activité musculaire? A tout cela il est difficile de répondre, mais les résultats que nous avons obtenus sont constants, et quelque interprétation qu'on en donne, leur réalité seule importe véritablement dans la circonstance. Pour ceux qui seraient désireux de les vérifier, il demeure entendu une fois pour toutes qu'il est nécessaire que l'attaque ait une moyenne de durée et d'intensité susceptibles d'influencer suffisamment les échanges. Il est clair, par exemple, qu'une sensation

d'aura suivie de quelques secousses convulsives très passagères, ne saurait les troubler assez profondément pour qu'on puisse différencier fructueusement les modifications alors produites d'avec les variations relatives journellement observées dans le taux des excreta.

*
* *

La formule chimique que nous avons découverte en étudiant l'attaque convulsive est applicable aux autres paroxysmes hystériques survenant sous forme d'accès soit simples, soit prolongés ou *états de mal,* ainsi du reste qu'il était permis de s'y attendre. Il est inutile d'exposer ici par le menu les recherches spéciales que nous avons faites à ce sujet; nous les résumerons en traitant des divers paroxysmes.

Il nous suffira de dire que la formule est restée invariable pour l'attaque bornée à la *période épileptoïde*, l'attaque *à forme d'épilepsie partielle*, les attaque de *toux,* de *bâillements,* de *tremblements*, de *chorée rythmée*, etc.

Nous nous sommes servi de la formule pour corroborer le diagnostic clinique dans les cas de *pseudo-angine de poitrine,* de *pseudo-méningite,* de *névralgie faciale* d'origine hystérique, etc.

D'autre part et surtout, nos recherches nous ont permis d'établir *chimiquement,* c'est-à-dire sur des bases indépendantes de toute interprétation objective, le diagnostic différentiel entre l'attaque d'hystérie convulsive et l'accès d'épilepsie. Ce diagnostic n'est pas toujours facile ; il devient par exemple *cliniquement* impossible dans l'attaque d'hystérie bornée à la seule période épileptoïde.

Il résulte en effet des travaux déjà cités de MM. Lépine (1879) et Mairet (1884) que l'accès d'épilepsie se juge comparativement à l'état normal par une augmentation du taux de résidu fixe, de l'urée, des phosphates, etc. Nous ajouterons de plus que, dans l'accès de mal comitial, les rapports des acides phosphoriques terreux aux acides

phosphoriques alcalins restent ce qu'ils étaient dans l'état interparoxystique, c'est-à-dire comme 1 est à 3, alors que dans l'hystérie il existe, dans la majorité des cas, ce que nous avons appelé l'*inversion de la formule des phosphates*.

Voici du reste, au sujet de l'épilepsie, les conclusions tirées par M. Lépine lui-même de son mémoire fait en collaboration avec M. Jacquin (1) :

« Les faits les plus importants contenus dans les pages précédentes peuvent être résumés ainsi qu'il suit : 1° chez tous les épileptiques, dans l'intervalle des attaques, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote est moins élevé que normalement ; 2° chez ces mêmes malades, immédiatement après l'attaque, le rapport s'élève d'une manière notable ; 3° parfois, sans qu'il y ait d'attaque, mais simplement menace d'attaque, ce rapport s'élève, et cette augmentation peut être due à celle des phosphates terreux ; 4° cette dernière anomalie peut se rencontrer dans certains cas de tumeur cérébrale et dans beaucoup d'autres états cérébraux... etc. »

Depuis cette époque, M. Lépine est revenu à maintes reprises sur ce sujet important dans diverses publications.

« Sous l'influence des attaques ordinaires (d'épilepsie) et comparativement à l'état normal, dit à son tour M. Mairet (2) : 1° l'azote rendu par vingt-quatre heures est augmenté ; 2° l'acide phosphorique uni aux terres est augmenté ; 3° l'acide phosphorique uni aux alcalis est généralement augmenté ; 4° l'acide phosphorique total est augmenté. » Ce sont là justement des résultats opposés à ceux que donne l'attaque d'hystérie.

(1) Lépine et Jacquin, *Sur l'excrétion de l'acide phosphorique par l'urine dans ses rapports avec celle de l'azote. Revue de méd.*, 1879. M. Lépine aurait en outre noté l'augmentation de l'acide phospho-glycérique « dans certains états nerveux, notamment après une attaque d'apoplexie, d'épilepsie, voir d'hystérie, et (chez le chien) après l'intoxication par la morphine, le bromure de potassium, etc. » *Titres et travaux scientifiques de R. Lépine*, Lyon, Storck, éd., 1887, p. 13.

(2) *Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique*, 1884, p. 208.

Ces résultats sont constants dans l'épilepsie; nous les avons obtenus comme MM. Lépine et Mairet, et, pour bien en faire saisir la portée, nous ne saurions mieux faire que de mettre en parallèle les analyses fournies par deux malades du service de M. Charcot, l'une épileptique, l'autre hystérique, que leur poids et leur âge, peu différents, permettaient fructueusement de rapprocher l'une de l'autre.

D..., seize ans, trente-cinq kilos, épileptique cliniquement confirmée, excrète à l'*état normal,* pour la période des vingt-quatre heures, 900 c. c. d'urine, 40 grammes de résidu fixe pour 1,000 c. c., 17 grammes d'urée, 1 gr. 63 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0 gr. 48, et alcalins 1 gr. 23, donnant la proportion normale de 32 à 100 pour les phosphates.

Dans la période d'*accès épileptique* des vingt-quatre heures, elle excrète 1,040 c. c. d'urine, 44 grammes de résidu fixe pour 1,000 c. c., 21 gr. 07 d'urée, 1 gr. 97 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 1 gr. 39, et alcalins 1 gr. 97, donnant la proportion semsiblement normale de 41 à 100 pour les phosphates.

Tous les excreta urinaires sont augmentés dans l'accès d'épilepsie par rapport à l'état normal.

M..., dix-neuf ans, quarante et un kilos, hystérique cliniquement confirmée, excrète à l'état normal 1,100 c. c. d'urine, 40 gr. 20 de résidu fixe, 18 gr. 15 d'urée, 2 gr. 05 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux 0 gr. 58, et alcalins 1 gr. 47, donnant la proportion normale de 40 à 100.

Dans la période d'attaque hystérique des vingt-quatre heures, elle excrète 630 c. c. d'urine, 30 gr. 30 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 10 grammes d'urée, 0 gr. 79 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux, 0 gr. 37, et alcalins 0 gr. 42, donnant la proportion de 88 à 100, réalisant l'inversion de la formule des phosphates, sur laquelle nous nous sommes suffisamment expliqué pour ne plus y revenir.

Tous les excreta urinaires sont diminués dans l'attaque d'hystérie par rapport à l'état normal.

Voilà, il nous semble, des caractères différentiels de premier ordre, et dans les cas où le diagnostic sera hésitant entre l'accès d'épilepsie et l'attaque d'hystérie, l'analyse des vingt-quatre heures n'apportera-t-elle pas un appoint des plus précieux au diagnostic (tabl. IV)?

Chimiquement, il y a donc les différences les plus con-

TABLEAU IV

Comparaison entre l'accès d'épilepsie et l'attaque d'hystérie.

NOMS		VOLUME	RÉSIDU FIXE pour 1,000 c. c.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
D..., 16 ans..... 35 k. (s. Claude-Bernard).	État normal.	900	40.20	17	0.40	1.23	1.63	32 à 100	Épilepsie.
	Accès.....	1040	44	21.07	0.58	1.39	1.97	41 à 100	
M..., 19 ans..... 41 k. 500 (salle Duchenne)...	État normal.	1100	40.20	18.15	0.58	1.47	2.05	40 à 100	Hystérie.
	Attaque.....	630	30.30	10	0.37	0.42	0.79	88 à 100	

sidérables entre l'accès d'épilepsie et l'attaque d'hystérie. Nos recherches sur ce point consacrent, on le voit, de la façon la plus irréfragable, la merveilleuse intuition qui avait poussé M. Charcot à faire parties du même tout des phénomènes cliniques aussi différents les uns des autres que les convulsions épileptoïdes d'une part, et les attitudes passionnelles de l'autre. A ceux qui, encore aujourd'hui, tenteraient de désunir les quatre périodes de l'attaque d'hystérie ou de rapprocher, sur la question de nature elle-même (1), le mal comitial de l'hystérie, nous conseillons,

(1) Voir à ce sujet une communication de M. Laveran : *Attaques épileptiformes, incontinence nocturne d'urine, troubles de la sensibilité. Soc. méd. des hôpitaux de Paris,* séance du 29 avril 1892 et la discussion qui suivit.

comme nous l'avons fait si souvent, de pratiquer l'analyse des urines. Ils acquerront la conviction qu'entre les deux névroses, suivant l'expression de M. Charcot, « si la ressemblance est dans la forme, la différence est complète dans le fond ».

Il nous a été possible, d'ailleurs, de pousser encore plus loin la preuve de ce que nous avançions avec notre maître.

On sait que, dans l'ancienne terminologie de la Salpêtrière, il existait des attaques d'*hystéro-épilepsie à crises mixtes*, et des attaques d'*hystéro-épilepsie à crises distinctes*. L'opinion de M. Charcot était que, dans le premier cas, il s'agissait uniquement de l'hystérie; dans le second, d'une association ou coexistence chez le même sujet de l'hystérie d'une part, et de l'épilepsie de l'autre, chacune d'elles agissant séparément pour son propre compte sans jamais se fusionner. Le même sujet peut être à la fois hystérique et épileptique, hystérique et ataxique, il ne sera jamais *hystéro-épileptique* au sens réel du mot, qui doit être rayé de la terminologie médicale comme prêtant à la confusion. Nous allons le démontrer, en nous appuyant sur des observations.

Plaçons-nous d'abord sur le terrain clinique, si important en pareille matière.

Un malade vient consulter : subitement, pendant la nuit, il a perdu connaissance, s'est mordu la langue, s'est débattu, a uriné sous lui, ne s'est souvenu de rien à son réveil. On porte, et avec raison, le diagnostic d'épilepsie. A quelque temps de là, l'attaque survient en plein jour, elle a été précédée d'une sensation d'étouffement; après des convulsions toniques se sont montrés, l'arc de cercle, des attitudes passionnelles ; la perte de connaissance a été incomplète : le diagnostic d'hystérie s'impose. Le premier diagnostic était-il donc faux? Pas du tout; il y avait coexistence, chez le même sujet, de l'épilepsie et de l'hystérie. L'examen des urines va nous le démontrer péremptoirement.

Le tableau V renferme les analyses différentielles de

deux malades du service de M. Charcot, qui étaient à la fois hystériques et épileptiques.

On nous permettra d'insister quelque peu sur ces analyses, car nous n'avons pas besoin de dire que nous traitons là une des questions les plus importantes de la pathologie nerveuse.

A l'état normal, C..., âgée de vingt et un ans, pesant

TABLEAU V

Coexistence et différenciation chez le même sujet de l'attaque d'hystérie et de l'accès d'épilepsie.

NOMS		VOLUME	RÉSIDU FIXE pour 1000 c. c.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Cl..., 21 ans. 72 k. (salle Duchenne).	État normal .	1150	44.40	22	0.70	1.72	2.42	40 à 100	État normal.
	Attaque.....	1350	33	14	0.56	0.92	1.48	63 à 100	Hystérie.
	Accès.....	1320	48	27.30	0.87	2.05	2.92	42 à 100	Épilepsie.
Mathil... B..., 28 ans, 61 k. (salle Cruveilhier), n° 23.	État normal .	1200	52.15	24	0.57	1.73	2.30	32 à 100	État normal.
	Attaque.....	1190	41	18	0.76	1.20	1.96	63 à 100	Hystérie.
	Accès.....	1150	56.20	31.05	0.69	1.88	2.57	36 à 100	Épilepsie.

soixante-douze kilos, excrète 1,150 c. c. d'urine renfermant 44 gr. 40 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 22 grammes d'urée, 2 gr. 42 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux 0 gr. 70 et alcalins 1 gr. 72, donnant le rapport normal de 40 à 100.

Quelques jours plus tard, elle présente une manifestation convulsive cliniquement hystérique. Aussi excrète-t-elle, dans la période de vingt-quatre heures, 1,350 c. c. d'urine, 33 grammes de résidu fixe pour 1,000 c. c., 14 grammes d'urée, 1 gr. 48 d'acide phosphorique total,

se décomposant en terreux, 0 gr. 56 et alcalins 0 gr. 92, donnant le rapport de 63 à 100 constitutif de l'inversion caractéristique de la formule des phosphates.

La clinique et l'analyse chimique sont d'accord; c'est d'une attaque d'hystérie qu'il s'agit.

Survient une autre manifestation convulsive cliniquement épileptique. L'analyse de la période de vingt-quatre heures donne 1,320 c. c. d'urine, 48 grammes de résidu fixe pour 1,000 c. c., 27 gr. 30 d'urée, 2 gr. 92 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux 0 gr. 87 et alcalins 2 gr. 05, donnant le rapport normal de 42 à 100.

Dans la première attaque, il y avait diminution de tous les éléments solides de l'urine, dans la seconde, il y a augmentation par rapport à l'état normal; c'est bien d'un accès épileptique qu'il s'agit.

Le deuxième cas (Math. B..., vingt-huit ans, soixante et un kilos), prête à des considérations absolument analogues.

Chimiquement, connaissant l'état normal d'un sujet, on peut donc dire s'il est atteint d'hystérie, d'épilepsie, ou à la fois des deux affections.

Chez les deux malades dont nous venons de parler, le diagnostic clinique n'était pas douteux; nos recherches n'ont fait que le corroborer. Mais on conçoit qu'il puisse ne pas en être toujours ainsi. A ce propos, il nous serait bien facile de multiplier les espèces. Nous en envisagerons seulement quelques-unes que nous avons eu l'occasion d'observer.

Il est des accès d'épilepsie avec aura abdominale simulant l'aura hystérique, sur lesquels insiste M. Charcot. L'analyse des urines ne saurait être une quantité négligeable pour leur différenciatiou.

Chez certains épileptiques(1) il survient transitoirement, après l'accès, un rétrécissement concentrique du champ visuel, rappelant à s'y méprendre le rétrécissement si fré-

(1) *Leçons du mardi,* 1888-1889, p. 117.

quent chez les hystériques. La constation de ce phénomène pourrait singulièrement faire hésiter, en présence surtout de quelques anomalies dans l'accès.

La malade D..., seize ans, dont nous avons donné l'observation dans le tableau IV, était justement dans ce cas. L'analyse eût démontré, s'il en eût été besoin, qu'elle était épileptique et non hystérique.

Enfin, il est des cas beaucoup plus complexes encore que nous avons observés et pour lesquels l'analyse des urines a été d'un singulier secours. Nous en rapporterons deux.

L'histoire du premier malade, G..., vingt-quatre ans, cinquante-huit kilos, lequel a fait l'objet d'une leçon clinique de M. Charcot, qui, dans la circonstance, a bien voulu parler de nos recherches avec la plus grande bienveillance (1), peut se résumer en ces termes : Hérédité nerveuse très chargée; à sept ans, accès nocturnes pendant lesquels il se mordait la langue; devenu morphinomane à dix-huit ans; à vingt-deux ans, fièvre typhoïde, à la suite de laquelle surviennent des attaques très espacées cliniquement hystériques.

Il entre à la Salpêtrière, où, en dehors des phénomènes d'une morphinomanie invétérée, on constate chez lui une anesthésie tégumentaire totale, sauf au niveau d'une zone sous-ombilicale hyperesthésique; un rétrécissement concentrique à 30° du champ visuel avec dyschromatopsie, etc., en un mot, les stigmates les plus caractéristiques de l'hystérie. Il n'est donc pas douteux qu'il s'agit d'un hystérique morphinomane. Tenu en observation pendant trois mois, il a trois ou quatre fois par semaine des accidents convulsifs nocturnes ou matinaux, pendant lesquels la perte de connaissance est subite, la langue mordue, l'émission d'urine involontaire, le souvenir totalement aboli au réveil. Pas de phénomènes convulsifs d'autre nature.

(1) Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-1889, 18e leçon, p. 421, et *Semaine médicale*, 3 juillet 1889, p. 221.

Ces accès appartiennent-ils à l'hystérie, dont les stigmates observés rendent la présence actuelle indubitable, ou à l'épilepsie qui, à n'en pas douter, a affligé le malade depuis l'âge de sept ans? Seraient-ce là des attaques d'hystérie à forme épileptoïde? Le traitement dépend du diagnostic : faut-il donner le bromure, si efficace dans l'épilepsie, si inefficace dans l'hystérie?

L'analyse des urines va trancher la question. A l'état

TABLEAU VI

Accès d'épilepsie chez deux hystériques à stigmates et sans attaques hystériques.

NOMS		VOLUME	RÉSIDU FIXE pour 1000 c. c.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
G..., 24 ans..... 58 k. (salle Bouvier).	État ordinaire	2650	22	21.73	0·55	1.48	2.03	36 à 100	Hystérie avec stigmates sans attaques. Morphinomanie.
	Accès.....	1925	41	36.57	0.85	1.80	2.65	40 à 100	Accès d'épilepsie.
L..., 46 ans..... 62 k (salle Bouvier).	État ordinaire	1250	44.15	24.75	0.71	1.63	2.34	43 à 100	Hystérie avec stigmates sans attaques. Accès d'épilepsie de courte durée.
	Accès.....	1310	52.30	26.30	0.90	1.	2.75	48 à 100	

normal, G..., qui est polyurique à un certain degré, excrète 2,650 c. c. d'urine, 22 grammes de résidu fixe pour 1,000 c. c. (notation constamment employée, comme nous l'avons dit, dans nos analyses), 21 gr. 73 d'urée, 2 gr. 03 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux 0 gr. 55 et alcalins 1 gr. 48, donnant le rapport normal de 36 à 100 (tabl. VI).

Dans la période de vingt-quatre heures comprenant un accident convulsif, il excrète 1,925 c. c. d'urine, 41 grammes de résidu fixe pour 1,000 c. c., 36 gr. 57 d'urée, 2 gr. 65 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux 0 gr. 85 et alcalins 1 gr. 80, dont le

rapport normal de 40 à 100 exclut l'idée de l'inversion de la formule ordinairement observée dans l'hystérie.

Il y a donc augmentation très considérable de tous les éléments solides de l'urine. Comme, dans l'hystérie, on note absolument le contraire, c'est évidemment d'épilepsie qu'il s'agit dans la circonstance. La malade peut donc être étiquetée : morphinomane; hystérique à stigmates sans attaques (actuelles) ; épileptique avec accès.

Le deuxième cas est aussi intéressant que le premier, auquel, du reste, il ressemble singulièrement. Homme de quarante-six ans, 62 kilos, entré pour des accidents convulsifs survenant dans la nuit et aussi dans la journée : perte subite de connaissance, chute brusque, écume aux lèvres, secousses dans les quatre membres, hébétude consécutive au réveil. La langue n'est pas mordue; il n'urine pas involontairement. L'accès est de courte durée. Antérieurement à son entrée à l'hôpital, il a eu des attaques dont la description, toute différente de la précédente, ressortit nettement à l'hystérie.

On note une hémianesthésie droite sensitivo-sensorielle, amaurose complète à droite sans lésion du fond de l'œil, rétrécissement concentrique du champ visuel à 10° à gauche avec micromégalopsie. Ces stigmates, joints à son état mental, à des rêves particuliers, indiquent nettement que le sujet est hystérique.

Les accidents convulsifs qui, cliniquement, sont épileptiques, ne seraient-ils donc encore que des attaques d'hystérie à forme épileptoïde? L'analyse de l'urine des 24 heures, comprenant ces accès, va nous instruire à ce sujet.

A l'état normal, L... excrète 1,250 c. c. d'urine, 44 gr. 15 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 24 gr. 75 d'urée, 2 gr. 34 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux 0 gr. 71 et alcalins 1 gr. 63, donnant le rapport normal de 43 à 100.

Dans la période d'accès des 24 heures, il excrète 1,310 c. c. d'urine, 52 gr. 30 de résidu fixe pour 1,000 c. c.,

26 gr. 30 d'urée, 2 gr. 75 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux 0 gr. 90, alcalins 1 gr. 85, donnant le rapport normal, sans inversion de formule, de 48 à 100.

Tous les éléments solides de l'urine sont augmentés ; ce n'est donc pas d'une attaque d'hystérie qu'il s'agit, mais bien d'un accès d'épilepsie. On peut commencer le traitement par le bromure de potassium.

Nous l'avons dit, on peut observer encore bien d'autres cas où, cliniquement, le diagnostic différentiel entre l'attaque de l'hystérie et l'accès d'épilepsie se trouve hérissé de difficultés presque insurmontables : nous pensons avoir assez insisté pour qu'on nous accorde désormais qu'il est presque toujours possible d'arriver à trancher la question par la simple analyse des urines des vingt-quatre heures.

*
* *

En terminant ce chapitre, qui a trait presque uniquement aux modifications des échanges qu'entraîne avec lui le paroxysme hystérique considéré plus particulièrement dans sa forme convulsive et au point de vue de son diagnostic chimique avec l'accès d'épilepsie, il nous reste à parler de quelques travaux suscités par nos recherches publiées dans le *Progrès médical* à dater du 1er décembre 1888.

Le 23 septembre 1889, M. le professeur G. Rummo (1) s'exprimait ainsi qu'il suit, au *treizième congrès de l'Association médicale italienne,* tenu à Padoue : « Les échanges nutritifs se comportent différemment dans les crises convulsives hystéro-épileptiques et dans les crises d'épilepsie vraie. Cela résulte d'analyses répétées et rigoureuses, faites depuis le mois de janvier de cette année, qui ont porté sur des urines extraites toutes les deux heures ou recueillies avant et après les accès convulsifs et examinées

(1) La *Riforma medica,* n° 233, 7 oct. 1889, p. 1397.

spécialement au point de vue de l'urée, de l'azote total, de l'acide phosphorique et sulfurique et des chlorures. Dans l'hystérie, quels que soient le degré et le nombre des accès convulsifs, le matériel des échanges diminue d'une façon absolue, alors qu'il augmente d'une façon décisive dans les accès d'épilepsie. »

De plus, M. G. Rummo (1) a étudié les modifications que l'attaque d'hystérie fait subir au sang. « 1° La sanguification des hystériques, ajoute-t-il, se trouble par les crises convulsives répétées. C'est ainsi que l'hémoglobine et les globules sanguins sont en diminution, malgré une alimentation abondante et indépendamment des désordres de l'appareil digestif. 2° Dans la période prodromique et au commencement de l'attaque, le chiffre de l'hémoglobine et des globules sanguins s'abaisse ; il s'élève nettement, au contraire, au milieu de l'accès convulsif pour revenir à la normale après le paroxysme. Ces faits sont en rapport avec la distribution du sang à la périphérie et dans les organes internes pendant les diverses phases des accès convulsifs. »

M. le professeur Grasset, de Montpellier, a également vérifié les résultats que nous avons obtenus. Les analyses entreprises par M. de Girard, professeur agrégé de chimie, sur des malades de son service, ont confirmé nos observations. Dans plusieurs cas variés d'hystérie : attaques convulsives, attaque de dyspnée excessive (132 respirations à la minute), attaque de tremblements, M. Grasset a constaté comme nous la chute de l'urée, des phosphates, et « la formule de l'inversion des phosphates s'est trouvée pleinement vérifiée dans tous les cas (2) ». Dans un cas où le diagnostic était particulièrement difficile entre cette maladie des tics convulsifs que nous avons le premier

(1) G. Rummo, *Modalita del grande isterismo. Modificazioni della temperatura, del sangue e del ricambio materiale negli accessi istero-epilettici ed epilettici.* La *Riforma med.* 7 oct. 1889, n° 263, p. 1390.

(2) Grasset, *Leçons sur un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches. Arch. de Neurologie,* t. XX, 1890, p. 205 et suiv.

décrite et une attaque de tremblement hystérique, l'analyse des urines a apporté de précieux éléments pour trancher la question controversée.

Dans ses *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme* (t. I, p. 232, 1891), M. le professeur Pitres s'exprime ainsi : « Les résultats des analyses pratiquées à la Salpêtrière par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau paraissent assez précis pour qu'on puisse, presque dans tous les cas, faire le diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie par la simple comparaison des urines rendues par les malades dans les vingt-quatre heures qui précèdent et les vingt-quatre heures qui suivent les paroxysmes convulsifs. »

Nous pouvions penser que ce n'était là qu'une simple appréciation, à la vérité fort bienveillante, du doyen de la faculté de Bordeaux sur nos recherches. Depuis la publication de son ouvrage, M. Pitres a bien voulu nous autoriser à dire qu'il avait, dans son service, vérifié par l'analyse les résultats que nous avions obtenus et que son opinion était conforme à celle que nous avions émise (1).

*
* *

Il eût été singulier que les résultats auxquels nous étions arrivé avec M. Cathelineau et les conclusions que nous en avions tirées ne trouvassent pas de contradicteurs.

Le 28 mai 1891, M. Chantemesse (2) communiquait à la *Société médicale des hôpitaux* un cas dans lequel l'analyse des urines lui avait permis d'établir le diagnostic différentiel, fort difficile dans la circonstance, entre la méningite tuberculeuse et une attaque de pseudo-méningite hysté-

(1) De même nous tenons de M. Joulin, interne en pharmacie, qu'il a répété toutes nos expériences minutieusement, en faisant des analyses fractionnées sur des urines recueillies d'heure en heure dans le service de M. le professeur Joffroy, à la Salpêtrière, et qu'il est arrivé à des conclusions identiques aux nôtres.

(2) Voir t. I, p. 170.

rique. M. Chantemesse s'appuyait uniquement sur l'inversion constatée de la formule des phosphates.

C'est sur cette inversion que portera surtout la discussion : elle déviera, du reste, immédiatement, car certains auteurs vont nous attribuer une opinion qui n'est pas la nôtre, à savoir, que l'inversion des phosphates serait à elle seule pathognomonique de l'attaque d'hystérie. Nous tenons à répéter que c'est la *formule tout entière :* chute du résidu fixe, de l'urée, etc., dont l'inversion des phosphates n'est qu'une partie, qui jusqu'à présent, au moins, nous a semblé pathognomonique du paroxysme convulsif. Il n'y a aucune raison plausible pour chercher à en dissocier les divers éléments.

Dans une communication faite le 26 mars 1892 à la *Société de biologie*, M. Féré (1), se basant sur l'analyse des urines dans deux cas d'apathie épileptique, concluait ainsi qu'il suit : « Ces faits montrent que, si l'inversion des phosphates constitue un symptôme intéressant, elle n'est pas propre à certaines manifestations hystériques et elle n'est pas exclusive de l'épilepsie dans *toutes les formes* de laquelle on peut la rencontrer. »

Si on peut la rencontrer dans toutes les formes de l'épilepsie, comment se fait-il que M. Féré écrive encore (p. 261) : « Les analyses qui ont été faites dans le service, à la suite de grandes attaques convulsives d'épilepsie, ne nous autorisent pas à dire que l'inversion des phosphates soit fréquente dans les périodes convulsives : *elle n'a jamais été trouvée, bien qu'elle ait été cherchée à différentes reprises.* » Voilà une contradiction bien singulière !

M. Voulgres a consacré sa thèse inaugurale (Lyon, 1892) à l'étude de « *l'élimination des phosphates dans les maladies du système nerveux et de l'inversion de leur formule dans l'hystérie* ». « Nos recherches, dit-il (p. 43), ont été exclusivement limitées à l'étude des variations des phosphates

(1) Féré, *Note sur l'inversion de la formule des phosphates éliminés par l'urine dans l'apathie épileptique et le petit mal. C. R. hebd. de la Soc. de Biologie,* p. 260, 1892.

et, dans cette sphère restreinte, nous avons pu confirmer par quelques observations les déductions de Gilles de la Tourette et de Cathelineau. Comme eux, nous avons constaté que dans la crise d'hystérie le rapport des phosphates terreux et des phosphates alcalins était modifié et tendait à réaliser l'inversion. Mais nous ne saurions nous associer à la conclusion qu'ils ont formulée de la sorte : « *Les faits nous semblent pathognomoniques de l'attaque d'hystérie.* » Nous avons trouvé, en effet, des modifications de rapport absolument identiques et même poussées à des degrés plus considérables dans quelques autres états pathologiques qui n'avaient rien de commun avec l'hystérie, par exemple dans un cas d'ataxie, dans une paraplégie d'origine traumatique, dans une neurasthénie et enfin dans un cas de diabète phosphatique. »

Nous avons répondu (1) à M. Féré et à M. Voulgres « que, comme nous l'avions dit, c'était la formule chimique tout entière comprenant l'inversion des phosphates qui nous paraissait pathognomonique de l'attaque d'hystérie. » Que l'on trouve l'inversion des phosphates dans l'ataxie locomotrice, dans le diabète phosphatique, affections dont le diagnostic différentiel avec l'épilepsie n'est pas à faire, peu nous importe. N'existe-t-il pas aussi dans la pneumonie un abaissement des chlorures comme dans l'hystérie, et qui songe à en parler? Avant tout, ajoutions-nous, il est une maladie parfois difficilement différenciable cliniquement de l'hystérie, l'épilepsie; or, pour celle-ci, nous nous en tenons volontiers à l'opinion, confirmative en somme de la nôtre, que M. Voulgres émettait quelques pages plus loin (p. 53) : « Toutefois, il est bon de remarquer que généralement, dans l'épilepsie, les phosphates alcalins sont éliminés en plus grande abondance que dans l'hystérie, et que l'inversion est l'*exception dans l'épilepsie,* tandis qu'*elle était la règle dans la crise d'hystérie.* » Nous n'avons jamais dit autre chose.

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie. Soc. de Biol.*, 9 avril 1892, et *Progrès médical,* n° 17, 23 avril 1892, p. 316.

M. Jules Voisin (1) a aussi apporté le résultat de ses recherches à la Société de biologie. « L'étude que j'ai faite de l'urine d'épileptiques, dit-il, renferme entièrement ce qui avait été dit par MM. Mairet, Lépine, Gilles de la Tourette et Cathelineau... Comme MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, je pense que l'urine émise après une attaque d'hystérie a un volume généralement moindre, si l'on compare ce volume à celui de la période de repos. L'urée semble diminuée, ainsi que la quantité d'acide phosphorique totale. » Et il ajoute : « Je n'ose pas formuler ces conclusions comme étant l'expression d'une loi générale, car les analyses que j'ai faites ont donné des résultats contradictoires. » Nos analyses ayant porté sur un nombre infiniment plus considérable de malades que celles de M. J. Voisin, nous répondrons qu'il nous était permis de conclure ; dans nos cas, les contradictions n'ont fait que confirmer la loi générale que nous avions posée.

M. Bosc (2), chef de clinique à la faculté de Montpellier, s'est chargé de résumer cette discussion en portant, lui aussi, à la connaissance de la Société de biologie le résultat de ses recherches personnelles.

« M. Gilles de la Tourette, abandonnant, semble-t-il, en partie (3) l'idée de la constance absolue de l'inversion,

(1) J. Voisin, *Note sur l'inversion de la formule des phosphates dans l'hystérie et l'epilepsie. C. R. hebd. de la Soc. de Biol.*, séance du 23 avril 1892, p. 330. Dans la même séance, M. Oliviero a prétendu que la méthode de séparation des phosphates alcalins et terreux par l'ammoniaque, leur dissolution par l'acide acétique et leur dosage par l'acétate d'urane, employée par M. Mairet et par nous, était imparfaite. M. Mairet a répondu (*Soc. de Biol.*, 7 mai 1892) en montrant que si, au point de vue chimique pur, ce procédé ne donne pas la quantité absolue des phosphates terreux que contient l'urine, au point de vue biologique il est très suffisant. La quantité très minime des phosphates terreux non précipités par l'ammoniaque étant la même dans toutes les expériences, les résultats obtenus sont toujours identiques et les déductions qu'on en tire ne sauraient être viciées par le mode de dosage lui-même.

(2) Bosc, *Note sur les troubles de nutrition dans l'hystérie. C. R. hebd. de la Soc. de Biol.*, séance du 9 mai 1892, p. 376.

(3) Nous n'avons en aucune façon abandonné cette constance de l'inversion ; nous avons seulement réagi contre l'opinion, qu'on nous prêtait à tort, qu'elle était à elle seule pathognomonique de l'attaque d'hystérie. (G. T.)

donne comme caractéristique de l'attaque d'hystérie l'ensemble même des transformations chimiques du jour du paroxysme.

« Il nous a paru que c'est bien à ce dernier avis qu'il faut se ranger, et nous espérons pouvoir démontrer que l'attaque d'hystérie bouleverse complètement par rapport aux jours de repos la formule urinaire, faisant porter ces modifications sur chacune des parties constituantes de l'urine. Cette transformation est passagère et profonde.

« Je base mon opinion non seulement sur les divers travaux publiés jusqu'à maintenant, mais sur un grand nombre d'analyses des urines de plusieurs hystériques en traitement à l'Hôtel-Dieu — Saint-Eloi, dans le service de notre maître, M. le professeur Carrieu. »

En résumé, les recherches chimiques de M. Bosc confirment purement et simplement les nôtres sans y ajouter rien de particulier. En un point cependant, qui a son importance, elles le conduisent à émettre une opinion que nous ne saurions partager. Après avoir constaté comme nous qu'il y a chute de l'urée, des phosphates avec inversion fréquente de la formule le jour de l'attaque, ce qu'il appelle en bloc la *diminution des oxydations,* il ajoute qu'il y a aussi *ralentissement de ces oxydations diminuées,* à savoir : qu'il existerait, le jour de l'attaque, une diminution brusque du coefficient d'oxydation et une augmentation de l'acide urique.

Nous avons, dès le début de nos expériences, maintes fois cherché si cette diminution de l'azote total si caractéristique de l'attaque coïncidait avec une diminution de l'oxydation. Jamais nous n'avons trouvé, à côté de l'urée, une proportion hors de cadre avec celle-ci de l'acide urique, de la créatinine, etc. L'attaque d'hystérie fait tomber brusquement le taux de l'azote total, mais cette chute n'est pas accompagnée de la diminution du coefficient d'oxydation : nos analyses ne nous laissent aucun doute sur ce point. (*La nutrition dans l'hystérie*, 1890, p. 85 et suiv., et *Progrès médical* n° 50, 1892. Voir tabl. VI.)

Pas plus pendant l'état normal que pendant son paroxysme, l'hystérie ne semble être une maladie par *ralentissement de nutrition,* en donnant à ce terme le sens qu'on lui prête généralement (diminution du coefficient des oxydations, production de l'acide urique, etc.). Dans l'attaque convulsive, les échanges diminuent, mais ils ne sont pas viciés ou ralentis, les deux mots étant aujourd'hui devenus synonymes lorsqu'on parle de nutrition.

Comme, en matière d'hystérie, de même qu'en toute autre, on peut tomber sur des exceptions (1), pour nous

(1) C'est incontestablement en apportant un cas exceptionnel que M. Féré a répondu à M. Bosc (*Remarques sur le diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie à propos de la note de M. Bosc. C. R. hebd. de la Soc. de Biol.*, séance du 14 mai 1892, p. 407). Dès le début de nos recherches, dans trois cas nous avions, pendant l'attaque, noté l'augmentation des chlorures au lieu de leur diminution : 16 gr., 19 gr., 14 gr., tandis qu'à l'état normal les mêmes sujets éliminaient 11 gr., 12 gr. 08, 11 gr. 03. (*La nutrition*, *op. cit.*, p. 28). Il s'agissait là incontestablement d'une série de cas exceptionnels comme il s'en rencontre en clinique; car, bien que de ce fait même notre attention fût attirée sur ce point particulier, au lieu de l'augmentation des chlorures, nous n'avons plus noté que leur abaissement, comme celui de tous les autres éléments, dans nos très nombreuses analyses ultérieures.

Nous ferons même réponse à M. Poels, qui, parce qu'il a trouvé dans *un* cas la persistance de l'inversion des phosphates et de la diminution de l'urée dans l'intervalle des paroxysmes, conclut au rejet de la formule tout entière comme caractéristique de l'attaque. Dans un second mémoire où il étudie deux cas d'épilepsie, il dit que les principes constitutifs de l'urine ne sont pas toujours augmentés sous l'influence de l'accès. Faut-il donc encore opposer à ces deux faits les recherches de Lépine, de Mairet et les nôtres? Poels, *Persistance d'une modification de la formule des phosphates chez un hystérique en dehors de la période d'attaque. Journ. de méd., de chir. et de pharmac.*, n° 2, Bruxelles, 1893. — *La valeur de la formule urinaire de l'hystérie*, *ibid.*, n° 11, 1893.

De même M. Royer (*Note sur la soi-disant formule urinaire de l'hystérie. Soc. de Biol.*, 7 janvier 1893), s'appuyant sur un total de douze analyses pour cinq sujets qu'il qualifie d'hystériques, a cru devoir donner du « soi-disant » à notre formule et conclure à son rejet pur et simple. A noter cependant que chez deux malades sur cinq l'urée est abaissée le jour de l'attaque; que sur la question des phosphates, tout en niant l'inversion de la formule, il « est moins en désaccord avec MM. Gilles de la Tourette, Cathelineau et Bosc ».

Tout est singulier, du reste, au point de vue de l'hystérie, chez les malades de M. Royer : tel malade (n° 2) avait une chute de l'urée, et quelques jours plus tard une augmentation le jour de l'attaque; même se trouve absent ce caractère vieux comme la pathologie tiré de la décoloration de l'urine et de sa faible densité. Six analyses des urines de la période d'attaque comparées à

mettre autant que possible à l'abri de toute contestation dans ce sens, nous avons, avec l'aide de M. J.-B. Charcot fils, recueilli dans trois grandes bonbonnes, en nous servant des procédés usités en pareils cas pour éviter l'altératération du liquide, 40 litres d'urines d'individus sains, non hystériques, 40 litres d'urines d'hytériques en dehors des attaques, 40 litres d'urines comprenant la période de vingt-quatre heures de l'attaque.

Sur la totalité des quarante litres de chacune des urines (recueillies surtout en telles quantités pour servir à des recherches restées incomplètes sur les ptomaïnes et destinées à élucider la question de la toxicité urinaire dont nous allons parler), nous avons prélevé un échantillon de 1,000 c. c. dont l'analyse a été faite complètement. On jugera une fois de plus, par le tableau suivant, que la formule chimique de l'attaque d'hystérie est bien telle que nous l'avons établie et que, s'il y a chute du résidu fixe, de l'urée, des phosphates avec inversion de ces derniers, etc.,

celles du lendemain du paroxysme qui pouvait empiéter sur cette deuxième période suffisent à M. Royer pour s'inscrire en faux contre les résultats obtenus par les auteurs précédemment énumérés et contre nos expériences, qui ont été variées autant que le comportait le sujet.

Mais enfin M. Royer pourrait avoir raison contre nous. Or, pour contester nos recherches sur la formule chimique de l'hystérie, M. Royer s'est rendu dans un service de Bicêtre, celui de M. Féré, qui ne reçoit (comme celui de M. J. Voisin), en fait d'hystériques, que des aliénés qui lui sont envoyés par le bureau d'admission de l'asile clinique de Sainte-Anne. L'aliénation et l'hystérie peuvent s'associer, nous le savons parfaitement, mais M. Royer n'exigera pas que nous lui fournissions l'indication bibliographique des auteurs qui se sont occupés des troubles de la nutrition dans l'aliénation mentale.

« Quand on veut contrôler des recherches, disions-nous de M. Royer (G. T. et C. *La nutrition dans l'hystérie. Soc. de Biol.*, 4 février 1893 et *Progrès médical*, 11 février 1893, p. 100), il faut se placer sur le même terrain que l'observateur que l'on vise, et il n'est pas douteux dans la circonstance que la coexistence de l'aliénation ait radicalement vicié ses résultats au point de vue de l'hystérie. Que cet auteur se mette dans des conditions analogues aux nôtres, et nous ne doutons pas qu'il arrive à des résultats purement confirmatifs de ceux que nous avons obtenus, et bien d'autres après nous. » En octobre 1894, nous attendions encore la réponse et les nouvelles expériences de M. Royer.

il ne saurait être question de ralentissement nutritif dans le sens qu'on attache à ce mot.

Nous conclurons donc encore une fois que, rapportée au kilogramme d'individu sain, la nutrition reste normale dans l'intervalle des paroxysmes ;

Tableau VII

Analyse de 1,000 *c. c. d'urine prélevés sur* 40 *litres d'urine d'individus sains, d'hystériques normaux et paroxystiques.*

	INDIVIDUS SAINS.	HYSTÉRIQUES NORMAUX.	HYSTÉRIQUES PAROXYSTIQUES.
Volume	1,000 c. c.	1,000 c. c.	1,000 c. c.
Résidu fixe	59	38.60	28.70
Densité	10.25	10.21	10.12
Azote total	15.80	11 84	9.10
Azote de l'urée	13.066	9.439	7.114
Urée	28.10	20.30	15.30
Acide urique	0.63	0.48	0.41
Créatinine	0.92	0.50	0.54
Coefficient d'oxydation	82.6	79.7	79.25
Acide phosphorique total	4.065	1.997	1.17
— — terreux	0.962	0.501	0.37
— — alcalin	3.103	1.496	0.80
Rapport	31 à 100	33.5 à 100	46.2 à 100
Acide phosphoglycérique	0.017	0.009	0.014
Chlorures	15.20	11.10	8.20
Acide sulfurique préformé	3.600	1.496	1.58
Acides sulfo-conjugués	0.180	0.070	0.064
Soufre incomplètement oxydé	0.425	0.254	0.284
Acide sulfurique total	4.205	1.920	1.928

Obs. — Dans la comparaison des excreta, il faut tenir compte de ce fait que les individus sains sont représentés par des internes des hôpitaux, vigoureux et nourris bien plus substantiellement que les hystériques *hospitalisés* des deux autres catégories, comprenant en majorité des *femmes*, qui excrètent moins que les hommes.

L'attaque d'hystérie se juge par l'abaissement du taux du résidu fixe : urée, chlorures, sulfates, phosphates avec inversion de la formule de ces derniers ;

Pas plus dans la période normale que dans la période paroxystique l'urine ne renferme, par rapport à l'urée, une quantité anormale d'éléments incomplètement oxydés.

On nous pardonnera d'avoir insisté aussi longuement sur ces recherches. Nous devions les défendre contre des attaques qui cependant ne portaient que sur quelques points particuliers et ne cherchaient même pas à entamer la formule dans son ensemble.

De plus, comme nous en avons fait, ainsi qu'on va le voir, des applications importantes à l'étude clinique des variétés du paroxysme et des états de mal en particulier, il importait à l'avance d'établir la réalité des bases sur lesquelles nous allions nous appuyer.

*
* *

Nous devons cependant ajouter encore quelques mots à propos de la *toxicité des urines* dans l'hystérie paroxystique.

M. Bosc a noté un « énorme abaissement de la toxicité des urines émises le jour de l'attaque, de telle sorte qu'il faut jusqu'à plus de 200 centimètres cubes d'urine par kilogramme du poids du corps pour tuer un chien et un lapin ». Il lui paraît admissible d'attribuer cet abaissement à l'absence des matières colorantes qu'il aurait constatée dans l'urine des hystériques, et dont il a étudié avec M. Mairet (1) le rôle dans la toxicité urinaire.

Cette question nous a préoccupé avec M. Cathelineau. C'est pour essayer de la résoudre que nous avions, dès 1890, réuni avec l'aide de M. J.-B. Charcot fils les 40 litres d'urine d'individus sains, d'hystériques normaux et paroxystiques dont nous avons parlé. Notre but était d'en extraire les ptomaïnes (méthode de Gautier), de déterminer leur formule chimique et ensuite d'étudier comparativement les réactions physiologiques de ces corps définis comme on étudie l'action des alcaloïdes végétaux : cicutine, atropine ou autres. Bien qu'opérant sur 40 litres d'urine pour chaque groupe, les quantités d'alcaloïdes que nous avons obtenues ont été si peu considérables que

(1) Mairet et Bosc, *Toxicité urinaire*, Paris, Masson, 1892.

la détermination chimique faite, il ne nous fût plus rien resté pour l'expérimentation physiologique.

En prélevant une petite quantité de résidus alcaloïdiques, nous avons cependant entrepris un certain nombre de recherches sur divers animaux dans le laboratoire de M. Laborde. Or, les résultats obtenus furent tellement discordants que nous crûmes, à cette époque, inutile de les publier ; nous ajouterons que nous n'avons pas été plus heureux avec des urines fraîches.

Nous persistons donc à croire que, pour juger réellement de la toxicité des urines dans l'hystérie, comme d'ailleurs dans toute autre affection, il est indispensable d'extraire les ptomaïnes et de faire des expériences comparatives en se servant de produits chimiquement déterminés.

C'est, du reste, ce qu'a compris M. Chiaruttini (1), qui, voulant étudier les ptomaïnes dans les névroses à accès, a opéré sur 12 malades, dont 5 hytériques.

La technique de Spica, qu'il a employée pour l'extraction des alcaloïdes, laquelle se rapproche beaucoup de celle de Griffith, lui a donné des résultats qui sont faits pour nous surprendre. Alors que nos 40 litres d'urine produisaient à peine quelques centigrammes de produits cristallisés, Chiaruttini obtenait 1 gr. 190 d'alcaloïdes pour 6,800 c.c. (obs. VII) et 2 gr. 033 pour 6,500 c.c. (obs. IX), 0 gr. 698 pour 2,350 c. c. (obs. X), etc. Dans ces conditions, il est à se demander pourquoi, pouvant obtenir de telles quantités d'alcaloïdes, M. Chiaruttini n'a pas songé à déterminer leur formule chimique. De tels poids répondent peut-être à des corps qui ont des réactions alcaloïdiques, mais non à des alcaloïdes purs. Ajoutons que M. Chiaruttini a aussi extrait, chez des malades auxquels il a retiré 100 c. c. de sang (obs. IV, épilepsie), une quantité d'alcaloïdes (1 milligr. 5 et 8 milligr.) qu'il croit suffisante pour pouvoir expérimenter.

(1) Chiaruttini, *Ricerche sulle ptomaïne nelle nevrosi accessuali. La Riforma med.*, vol. II, nos 58, 59, 60. 1893.

Quoi qu'il en soit, voici les conclusions générales auxquelles il est arrivé (p. 715) et qui, nous devons l'avouer, outre qu'elles manquent de clarté, ne nous paraissent qu'insuffisamment ressortir des faits qu'il a exposés.

« De nos recherches sur les alcaloïdes dans les névroses à accès, dit-il, il résulte d'une façon incontestable qu'il existe une différence quantitative dans l'émission des alcaloïdes près ou loin des accès, ce qui revient à dire que, dans les périodes interparoxystiques, il persiste certainement des alcaloïdes toxiques dans l'urine, mais que leur quantité est moindre que près des accès ou durant les accès. Ces oscillations sont encore plus remarquables en ce qui regarde la quantité des alcaloïdes contenus dans le sang durant les diverses phases des névroses, ce qui augmente la valeur des résultats obtenus au moyen de leur extraction des urines. Ainsi, on peut penser que, durant les périodes de bien-être, une partie des alcaloïdes qui pendant l'accès sont éliminés par les reins s'élimine par les autres voies. »

Il ajoute que, dans les cas où les crises étaient très espacées, il existait des quantités de principes extraits proportionnellement beaucoup plus grandes que dans les urines des névroses à accès. « Les effets physiologiques obtenus chez les animaux injectés portèrent sur l'appareil respiratoire (augmentation de fréquence des mouvements), sur l'appareil circulatoire (augmentation de fréquence des battements du cœur et phénomènes vaso-moteurs), sur l'appareil urinaire (augmentation de la diurèse), sur l'appareil digestif (augmentation des phénomènes péristaltiques), sur l'appareil moteur (convulsions, paralysies). Quelquefois on reproduisit expérimentalement l'ensemble phénoménal de la névrose (début subit, spontanéité et forme paroxystique des convulsions chez les grenouilles à l'aide des extraits d'urines d'épileptiques). Quand la dose fut suffisante chez les cobayes pour déterminer la mort, celle-ci survint par asphyxie au cours de convulsions toniques. »

CHAPITRE TROISIÈME

DE QUELQUES VARIÉTÉS DE L'ATTAQUE PAR PRÉDOMINANCE DES PHÉNOMÈNES DE L'AURA. — L'ATTAQUE DE SPASMES ET LA MORT DANS LE PAROXYSME HYSTÉRIQUE.

FORMES FRUSTES ET IRRÉGULIÈRES DE L'ATTAQUE. — *Hysteria major et hysteria minor.*

Variétés par absence d'aura. — Vertiges hystériques. — Variétés par prédominance d'une aura partie d'une zone hystérogène.

Variétés par prédominance des phénomènes spasmodiques de l'aura commune :

L'ATTAQUE DE SPASMES : *sa gravité.*

LA MORT DANS L'ATTAQUE D'HYSTÉRIE. Cas de Willis, Brachet, Comby, de Graaf, Morgagni, Rullier, M. Raynaud, etc. *Conclusions.*

Le paroxysme aigu, nous l'avons dit, ne revêt pas toujours l'aspect typique de la grande attaque. A côté de l'*hysteria major*, il y a place pour l'*hysteria minor*, et il est incontestable que les petites attaques et les attaques irrégulières sont beaucoup plus communément observées que celle dont nous avons donné la description dans le chapitre premier. Il n'en suit pas moins que l'attaque type existe réellement et, de plus, que sa notion est fondamentale. En effet, si théoriquement son existence ne saurait être mise en doute, pratiquement cette notion est de la plus haute importance, en ce que la grande attaque sert, pour ainsi dire, de substratum à toutes les autres formes paroxystiques. Dans la crise d'hystérie même la plus irrégulière, on reconnaîtra toujours, lorsqu'on saura bien les chercher, des lambeaux, des phases détachées du type, et, nous le répétons, rien ne sera plus utile pour le diagnostic que leur constatation.

Les phénomènes prémonitoires et l'aura ne manquent

que très rarement, quelle que soit la forme observée; de même, il est bien rare de ne pouvoir constater, au courant de l'attaque, des convulsions partielles ou étendues se rapportant à la deuxième période, l'arc de cercle en particulier, entrecoupées de quelques attitudes passionnelles. Ce sont donc là beaucoup plus des variétés du type que des formes non comparables entre elles. Enfin tous ces paroxysmes, même de l'aspect le plus varié ou le plus dissemblable, comme l'attaque de convulsions presque pure et l'attaque de léthargie, sont unis, nous le verrons, par un lien commun qui en fait des manifestations identiques : le trouble des échanges nutritifs, qui reste toujours le même dans tous les cas.

Dans ces conditions, on comprend combien on est tenté, en décrivant les nombreuses variétés d'attaques, de les faire dériver directement des diverses périodes du paroxysme type, ainsi que l'a fait M. Paul Richer avec beaucoup de talent et de sagacité d'observation. Tout en adoptant cette méthode, qui nous semble excellente parce qu'elle est basée sur la réalité des faits, nous aurons à nous souvenir que les superpositions ne sont pas toujours faciles et qu'on risquerait parfois de forcer la note en faisant de certains paroxysmes, qui ont une véritable individualité clinique, de simples succédanés de la grande attaque. Celle-ci doit être le fil conducteur qui nous guidera sur la route sans l'obstruer.

Nous nous efforcerons d'être complet en nous rappelant toutefois que les variétés d'attaques sont infinies, pour ainsi dire, étant donné que chaque sujet imprime à sa crise un cachet personnel et partant fort variable. Afin d'éviter des redites, nous traiterons en même temps de la variété d'attaque et de son état de mal ou *paroxysme prolongé*. Nous saurons bientôt pourquoi nous n'avons pas agi ainsi pour ce qui est de la grande attaque.

*
* *

Nous avons établi qu'il était des malades chez lesquels

l'ensemble des phénomènes prémonitoires résidant surtout dans les troubles psychiques : tristesse, mutisme, rires sans cause, etc., joints à un certain degré d'inappétence, pouvait être considéré comme un équivalent, nous dirons maintenant comme une variété de l'attaque qui bornera là ses effets. Dans ces cas, les prodromes durent, d'une façon générale, plus longtemps qu'à l'ordinaire ; souvent alors la volonté intervient, lutte et fait avorter le paroxysme, qui, du reste, de lui-même peut parfaitement ne pas aller plus loin dans son évolution.

Les phénomènes de l'*aura*, ou mieux des *aura*, peuvent être la source de nombreuses variétés de l'attaque. Dans ces conditions, la variété tire sa caractéristique de deux points particuliers : ou l'aura n'existe pas, ou, au contraire, un de ses phénomènes devient prédominant et imprime au paroxysme un cachet qui va en faire une attaque toute spéciale.

Nous le savons, il est très rare que l'attaque débute d'une façon soudaine, que le sujet tombe par terre sans connaissance, brusquement frappé. Ce mode de début existe cependant, mais il ne permet pas toujours de préjuger la forme que va revêtir le paroxysme ; toutefois, on l'observe fréquemment dans l'attaque dite apoplectique, de coma, de sommeil ou de léthargie, qui sera l'objet, vu son importance, d'une description particulière.

A rapprocher de ces débuts brusques, qui font songer au mal comitial, les *vertiges hystériques*, sortes d'embryons de paroxysme que Briquet a rangés dans les formes légères d'*attaques avec syncopes* et qu'il a décrits de la façon suivante (*op. cit.*, p. 331) :

« Chez une partie d'entre elles, la syncope constituait toute l'attaque ; elle avait toujours lieu à la suite d'une émotion morale ; à l'instant même la malade éprouvait de la constriction à l'épigastre et à la gorge, quelques *vertiges* et un peu de rougeur à la face, après quoi elle tombait sans connaissance, pâle, inanimée et sans mouvement, les membres restant flasques et le pouls très faible ; après

l'attaque, qui durait quelques minutes, il y avait quelquefois des sanglots et des pleurs, d'autres fois la connaissance revenait sans troubles particuliers. »

Ces vertiges ou syncopes, le nom importe peu, nous ont semblé particulièrement fréquents chez l'homme adulte; mais, à l'instar de Briquet, M. P. Richer les a également observés chez la femme, et il en a donné une bonne description sous le nom d'*accès épileptoïdes incomplets* (*op. cit.*, p. 185).

MM. Ballet et Crespin (1) ont également constaté chez les hystériques des *absences* et des *vertiges* susceptibles de simuler ceux de l'épilepsie. Ils peuvent s'accompagner ou être précédés de *secousses* brusques dans les membres, fort analogues à celles qu'on observe dans le mal comitial. Mais le diagnostic, qui dans beaucoup de cas pourra être des plus difficiles, s'établira généralement sur les bases suivantes. Les secousses, lorsqu'elles existent seules, sont souvent prémonitoires d'une grande attaque qui éclatera dans la journée ou le lendemain; quant aux vertiges, ils coexistent presque toujours avec un certain nombre d'autres phénomènes caractéristiques de l'aura hystérique.

M. Charcot a donné de ces rudiments d'attaques revêtant la forme vertigineuse ou syncopale une description qui mérite d'être reproduite.

Parlant d'un homme devenu hystérique à la suite d'un traumatisme et qui portait au-dessus de l'aine gauche une plaque hyperesthésique, il ajoutait (2) : « Cette plaque est à un certain degré *hystérogène,* c'est-à-dire que quand on y produit un frôlement rapide ou une pression un peu vive, le malade ressent quelques-uns des phénomènes de l'attaque : il lui semble, — c'est d'après son naïf récit que nous décrivons, — il lui semble, dis-je, que « quelque chose remonte de l'aine gauche vers le ventre, la région du cœur où il éprouve des battements rapides, la région du

(1) *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle Arch. de Neurologie*, n° 23 et 24, p. 131, 293 ; 1884.

(2) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1888-1889, p. 34.

cou, enfin, où il ressent comme un étranglement. Après quoi ses oreilles sonnent et sifflent, ses tempes battent ; enfin la vue s'obscurcit et il y a un instant d'inconscience ». Vous reconnaissez là ces phénomènes de l'aura hystérique parfaitement caractérisés, et les accidents qui les suivent représentent en quelque sorte, mais dans la catégorie de l'hystérie cette fois, le *vertige épileptique* sans accompagnement de mouvements spasmodiques. Ces attaques, ou mieux ces rudiments d'attaque, que nous venons de décrire, ne se montrent pas uniquement en conséquence de l'excitation artificielle des zones hystérogènes ; elles peuvent se développer spontanément.

« Le malade, en effet, depuis trois mois, a éprouvé ce qu'il appelle des syncopes ; or, les syncopes dont il s'agit, non accompagnées de mouvements convulsifs, sont précédées de l'apparition d'une douleur dans la région hyperesthésique du flanc gauche et consécutivement de toute la série des phénomènes de l'aura. Donc il s'agit évidemment ici d'attaques hystériques se produisant sous une forme rudimentaire sans doute, mais suffisamment caractérisée pour qu'il soit facile de la désigner légitimement par son nom. »

Nous n'insisterons pas davantage sur cette forme vertigineuse ou syncopale qui peut, au premier abord et quelquefois même à un examen plus approfondi, simuler, comme nous l'avons dit, le vertige épileptique.

*
* *

Parfois les bourdonnements, les sifflements d'oreille de l'aura prennent un développement considérable, et les vertiges qui les accompagnent sont si exagérés qu'on se croirait en présence d'un véritable vertige auriculaire. L'ensemble de ces phénomènes constitue la variété du *paroxysme hystérique à forme de vertige de Ménière* (1), que nous

(1) Gilles de la Tourette, *Note sur quelques paroxysmes hystériques peu connus : attaques à forme de névralgie faciale ; de vertige de Ménière Progrès médical*, 1er août 1891. Voir t. I, p. 305 et suiv

avons décrite le premier en nous basant sur un cas observé dans le service de M. Charcot. Il s'agit le plus souvent, dans la circonstance, autant que nous avons pu en juger, de l'exaltation d'une zone hystérogène siégeant au niveau du tympan. Nous ne reviendrons pas sur la description que nous avons donnée de cette variété assez rare de l'attaque en traitant des zones hystérogènes des muqueuses. Nous avons pu, récemment (juillet 1894), en étudier un nouveau cas chez une malade de quarante-deux ans.

L'exaltation d'une zone hystérogène est capable en effet de dominer tout à fait, par les phénomènes spéciaux qu'elle entraîne avec elle, la physionomie du paroxysme. C'est ainsi que, traitant de certaines zones hystérogènes en particulier (t. I, ch. VII), nous avons, pour ne pas scinder la description, étudié : le *paroxysme à forme de névralgie faciale,* qui prend sa source dans une zone hystérogène siégeant sur le trajet des branches du trijumeau (1); la *pseudo-méningite hystérique,* due à l'exaltation d'une zone du crâne, en particulier du clou hystérique ; la *pseudo-angine de poitrine,* due le plus souvent à une zone hystérogène de la région précordiale ou de ses environs.

*
* *

L'ensemble des phénomènes spasmodiques de l'aura commune, de la *boule hystérique,* partie de la région ovarienne ou épigastrique, et remontant jusqu'au cou, peut s'exagérer et imprimer une allure toute particulière à l'attaque. C'est cette variété qui a mérité à l'hystérie convulsive le nom de *suffocation* de matrice, car dans cette forme le sujet semble près de périr suffoqué, étouffé. C'est, de tous les paroxysmes, le plus redoutable, car il peut entraîner directement la mort.

(1) Gilles de la Tourette, *Un cas de paroxysme hystérique à forme de névralgie faciale. Soc. méd. des hôp.*, 2 mars 1894. — Laquer, Dix-neuvième réunion des neurolog. et alién. de l'Allemagne du Sud tenue à Baden-Baden du 2 au 4 juin 1894. *In Mercredi méd.*, n° 30, p 361, 25 juillet 1894.

Briquet, parmi les auteurs modernes, est celui qui a donné la meilleure description de cette variété du paroxysme, sous le nom d'*attaque de spasmes* (1). Elle est connue, du reste, depuis la plus haute antiquité, et nous verrons que Morgagni n'en ignorait pas la gravité. Il est bien entendu qu'il ne s'agit, dans la circonstance, que des cas où les spasmes acquièrent une assez grande intensité pour dominer la scène morbide; autrement en les décrivant nous ne ferions que répéter ce que nous avons dit à propos de l'aura ordinaire.

« Les spasmes, dit Briquet (p. 328), paraissent très souvent chez les hystériques sous la forme d'attaques. A un degré modéré les spasmes se produisent chez beaucoup de femmes à la moindre émotion. Mais quand ils sont portés à un haut degré ils sont plus rares... Sur les quatre cents hystériques observées par moi, il s'en est trouvé dix à douze au plus qui avaient été atteintes de spasmes violents ou chez lesquelles ceux-ci remplaçaient des attaques convulsives avec perte de connaissance. »

Peut-être ces paroxysmes ne sont-ils pas tout à fait aussi rares que le dit Briquet; dans tous les cas, sa description n'en est pas moins saisissante.

« La véritable attaque spasmodique, dit-il (*op. cit.*, p. 328), celle qui se comporte à la manière d'une attaque convulsive, se compose à peu près des mêmes éléments; seulement ils prennent un degré bien plus élevé que les précédents.

« La femme qui va être prise d'une de ces attaques devient irritable, mécontente d'elle et des autres, très irascible, ou bien, si elle est d'un naturel calme, elle tombe dans une sorte d'humeur noire, puis elle éprouve des bâillements, des pandiculations ; un malaise indéfinissable parcourt ses membres. Au bout de quelques heures de cet

(1) Les *crises hydrophobiques* qui peuvent survenir, par exemple, à la suite de la morsure d'un chien, chez un sujet prédisposé (t. I, p. 90), et simuler les accidents rabiques vrais rentrent dans la catégorie des attaques de spasmes. (G. T.)

état d'anxiété, l'épigastre se serre, il semble qu'un poids considérable presse la région épigastrique ou qu'une corde serre la base de la poitrine ; une douleur déchirante et très vive se fait sentir en cet endroit ; des palpitations se déclarent pendant lesquelles le cœur semble soulever la poitrine et venir repousser la tête du médecin qui applique l'oreille sur la région précordiale ; la violence des battements et le sentiment de souffrance sont tellement grands que la malade semble craindre que le cœur ne se rompe dans la poitrine : ces battements sont extrêmement rapides et très précipités. Les muscles de la poitrine, bien que convulsés et faisant éprouver le sentiment de la suffocation et de l'étouffement, se contractent néanmoins très rapidement et précipitent la respiration au point de provoquer jusqu'à cent inspirations à la minute ; des douleurs vives se font sentir dans les côtés et dans le dos : une sensation très douloureuse semble monter à la gorge sous la forme d'un globe et, arrivée là, y provoque une strangulation qui cause la douleur déchirante la plus vive et pendant laquelle la malade paraît près d'étouffer. Alors la déglutition devient complètement impossible. Une violente douleur éclate dans la tête, les mains s'agitent, se crispent involontairement ; l'intelligence néanmoins se conserve tout entière. Cet état de souffrance est quelquefois porté à un degré effrayant, dure pendant un temps qui varie de quelques minutes à quelques heures, puis des sanglots éclatent, les pleurs surviennent, les urines coulent, claires et abondantes, et tous ces accidents se calment en laissant après eux de la céphalalgie, des douleurs à l'épigastre, aux côtés, dans le dos, et un sentiment de brisement ou de courbature dans les membres. »

Briquet, ainsi que nous l'avons dit dans nos considérations générales, note encore que chez le même sujet les attaques à caractère spasmodique existent presque toujours à l'exclusion des autres formes. C'est là un corollaire de cette loi générale qui veut que chez un même individu les attaques se coulent pour ainsi dire constamment

dans le même moule. De plus, ajoute-t-il, « il est certain qu'ordinairement après le brisement qui suit immédiatement l'attaque spasmodique, les femmes hystériques se sentent plus légères, ont les membres plus dispos et l'esprit moins préoccupé qu'avant l'attaque ».

Cette sensation de soulagement post-paroxystique nous a paru commune à toutes les attaques d'hystérie ; il semble que l'attaque en général soit, nous le répétons, une soupape par où s'échappe, à la satisfaction de l'organisme, le trop-plein de l'excitation nerveuse. Les attaques de spasmes doivent néanmoins, du fait de leur nature même, compter parmi celles où le malade reste le plus longtemps dolent et courbaturé après la terminaison de la crise.

Il est assez rare que les attaques de spasmes revêtent la forme d'*état de mal,* c'est-à-dire, comme nous allons bientôt l'expliquer, s'allongent en séries paroxystiques susceptibles de durer un ou plusieurs jours, le malade restant sous l'influence de l'attaque pendant les intervalles des séries. Probablement cela tient-il à ce que de semblables phénomènes ne sauraient longtemps persister sans entraîner avec eux des accidents graves, sinon mortels.

M. Bessière (1) a cependant rapporté un cas de cet ordre, observé chez une femme de quarante-quatre ans qui, à l'âge de vingt-deux ans, avait été prise d'accidents analogues à ceux que nous venons de décrire, mais moins accentués toutefois. Les attaques durèrent plusieurs jours consécutifs, seulement entrecoupées par des intervalles pendant lesquels le spasme laryngé persistait et gênait singulièrement la respiration. Phénomène remarquable, lorsque l'élément paroxystique eut complètement disparu, il resta une contracture des muscles adducteurs de la glotte, assimilable aux contractures des muscles du tronc ou des membres qui se montrent si souvent après les attaques. Pendant cinquante-huit jours, le spasme respiratoire s'installa en permanence sous forme d'un « cornage

(1) *Contribution à l'étude du spasme laryngé hystérique. Annales médico-psychologiques,* mars 1890, p. 219.

strident d'une intensité qui dépassait tout ce qu'on peut imaginer ».

Ce bruit est tel, dit M. Bessière, « qu'il incommode les voisins dans un large rayon et qu'il pénètre jusqu'à l'église, distante de près de quatre-vingts mètres, où il trouble les cérémonies religieuses. La bouche s'ouvre démesurément, les épaules se soulèvent, le thorax se bombe, et l'air se précipite dans la poitrine à travers le larynx spasmodiquement rétréci, en produisant un son retentissant que la malade appelle sa *musique*. L'expiration est absolument silencieuse, la voix n'est pas altérée. La malade peut parler, mais il lui est impossible de soutenir la conversation, chaque mot étant aussitôt marqué par l'inspiration bruyante. » Il existait vingt-huit respirations par minute, de la dyspnée; le pouls était petit, peu fréquent; il n'y avait pas d'expectoration. Ces phénomènes s'exagéraient pendant la marche, diminuaient pendant le repos et cessaient pendant le sommeil.

Liebe (1) a publié un cas de même ordre ; le spasme laryngé persista pendant huit jours sous forme d'état de mal, car il existait plusieurs accès subintrants quotidiens.

*
* *

L'attaque de spasmes a un pronostic particulièrement sévère. On s'étonnera même en constatant que Briquet, qui connaissait si bien cette variété de l'attaque, n'a pas songé à insister sur sa gravité. Cela nous semble résulter de ce qu'il n'a pas suffisamment identifié ce paroxysme avec ce qu'il a décrit sous le nom de « *suffocation pseudo-croupale* » (*op. cit.*, p. 250), manifestation pour nous identique à l'attaque de spasmes, d'autant qu'il note expressément que cette suffocation peut se produire *par accès*.

(1) Liebe, *Un cas d'hystérie aiguë avec laryngo-spasme pendant la convalescence du morphinisme. Arch. de Neurologie,* mars 1890, p. 282.

Sous certaines influences, l'invasion d'une bronchite en particulier, l'hyperesthésie de la muqueuse laryngo-bronchique peut s'exalter :

« Il naît de là, dit-il, une suffocation qui se manifeste *par accès*, et pour prévenir une mort imminente, on a été quelquefois obligé d'avoir recours à la trachéotomie. Cet accident ne doit pas être excessivement rare, car je l'ai vu deux fois. Chacune des deux malades avait été opérée deux fois, à des époques différentes. L'opération n'avait pas été faite légèrement, car l'une des deux malades avait été opérée par M. Michon, alors chirurgien à l'hôpital Cochin, l'autre par M. Velpeau. Ces deux hystériques avaient été chaque fois débarrassées de leur dyspnée aussitôt l'opération, et la guérison de la suffocation, ainsi que celle de la plaie des conduits aériens, avait toujours eu lieu très promptement. »

Ces cas de suffocation par spasme paroxystique de la glotte nécessitant la trachéotomie ne sont pas extrêmement rares.

Une malade de M. Muselier, sujette à des crises d'hystérie qui laissaient toujours à leur suite des contractures de divers ordres, fut prise subitement, dans la rue, d'accès de suffocation qui nécessitèrent une trachéotomie immédiate. La canule fut maintenue en place pendant dix semaines. Un deuxième accès se produisit qui nécessita une nouvelle trachéotomie. Huit jours plus tard, la plaie était guérie; les accès ne se reproduisirent plus.

Nous avons observé un cas de cet ordre dans lequel, à plusieurs reprises, nous faillîmes intervenir par la trachéotomie, qu'on put cependant éviter.

Il n'est pas moins certain que si l'on n'opérait pas dans certains cas où l'asphyxie est portée à ses dernières limites la mort pourrait parfaitement survenir.

M. Charcot nous a dit avoir observé un cas mortel. Nous tenons de M. le professeur Fournier qu'il fut une fois

(1) Muselier, *Spasme laryngé avec asphyxie, trachéotomie. Gazette médicale de Paris*, 31 oct. 1891.

obligé de pratiquer la respiration artificielle pour ramener à la vie une jeune malade atteinte de spasme laryngé paroxystique, qui succomba d'ailleurs quelques années plus tard dans un autre accès.

Chez un homme de vingt-trois ans observé par Yeo (1), la mort fut occasionnée par un spasme glottique consécutif à des crises d'hystérie de divers ordres. L'autopsie resta complètement négative au point de vue d'une lésion du système nerveux ; les cordes vocales étaient en adduction.

On voit donc, par ces exemples, que l'attaque d'hystérie qui s'accompagne de spasme laryngé est susceptible de nécessiter la trachéotomie. Parfois même le malade succombe à l'asphyxie, si l'on n'intervient pas en temps opportun.

Ceci nous conduit à nous demander si l'attaque convulsive, telle que nous l'avons décrite au chapitre Ier, peut, elle aussi, entraîner la mort. Quel est, dans l'affirmative, le mécanisme de la terminaison fatale ? Celle-ci est-elle toujours due au spasme glottique ? Si nous avons attendu jusqu'à présent pour résoudre ces questions qui se posaient en traitant du pronostic de la grande attaque, c'est qu'il était indispensable, comme on va le voir, de connaître préalablement l'attaque de spasmes.

On nous pardonnera les détails dans lesquels nous allons entrer. Cette étude de la *mort dans l'attaque d'hystérie* n'a jamais été qu'insuffisamment ébauchée, et il nous faut passer en revue les documents que nous possédons sur la matière.

*
* *

Landouzy (2) a colligé dans les auteurs anciens un certain nombre de faits qu'il a résumés presque toujours

(1) Yeo, *Tod durch Glottiskrampf bei Hysteria virilis. Deuts. medic. Wochenschrift*, 24 août 1893, n° 34, p. 810.

(2) Landouzy, *Traité complet de l'hystérie*, 1846, p 404.

en quelques lignes seulement, ou plus brièvement encore de la façon suivante : « *Accès hystériques, mort.* » Briquet (1) a suivi en partie son exemple.

Nous avons voulu savoir par nous-même quelle était la valeur de ces observations anciennes, le plus souvent citées sans remonter aux sources, susceptibles partant de s'être altérées en passant de main en main. Analysant aussi les observations modernes à la lumière des plus récentes conquêtes dans le domaine de la névrose, nous avons essayé de nous faire une opinion sur le mécanisme de la termiaison fatale, désireux que nous étions d'en tirer si possible des déductions au point de vue de l'*anatomie pathologique* de l'hystérie. Sous ce dernier rapport, nos investigations sont restées infructueuses. Nous pouvons le dire immédiatement : il résulte tant des observations suivies de mort que nous signalerons, au cours de cet ouvrage et de ce chapitre en particulier, que des autopsies que nous avons eu l'occasion de pratiquer à la Salpêtrière, que la lésion anatomique de l'hystérie est encore à découvrir.

Vésale est un des premiers auteurs qui ait rapporté un cas d'hystérie suivi de mort. Mais sa relation est beaucoup plus intéressante par le stratagème dont usèrent les étudiants, désireux qu'on ne reconnût pas le cadavre qu'ils avaient enlevé, que par la rigueur du diagnostic posé. Il semble bien qu'il s'agisse là d'une attaque avec spasme laryngé; mais le diagnostic même d'*uteri strangulatus*, synonyme à cette époque d'hystérie, prête fortement dans la circonstance à la discussion, ainsi que Vésale le fait remarquer lui-même.

« Deinde monachi cuiusdam divo Antonio hìc sacri elegans scortum repentè velut ex *uteri strangulatu* aut attonito morbo mortuum, Patavii studiosi ex monumento ereptum ad publicam sectionem attulere, mirâ industriâ cadaver universâ cute liberantes ne a monacho diagnos-

(2) *Op. cit.*, p. 545, ch. III.

ceretur, qui id è monumento ereptum cum scorti parentibus apud urbis prefectum conquerebatur (1). »

M. Landouzy (*op. cit.*, p. 404) donne l'indication suivante : « Accès hystériques; mort; nécropsie; occlusion de l'orifice utérin (Bauhin, *Theat. anat.*, lib. I, cap. xxxix. ») Nous n'avons rien trouvé d'analogue dans l'édition de Bauhin (2) que nous avons consultée. Le chapitre xxxix : « *De cervice uteri et hymene* », est muet sur l'hystérie. Dans le chapitre xxxvii : « *Uteri situm et differentias,* etc. », se remarquent quelques considérations sur la rétention du flux menstruel comme cause des *passions hystériques,* et rien de plus.

M. Landouzy cite deux observations de Willis comme ayant entraîné la mort au milieu d'accidents, hystériques dans l'une, hystériformes dans l'autre. Il résume le premier fait ainsi qu'il suit (*op. cit.*, p. 404) : « Obs. 337. — Accès hystériques se manifestant à chaque grossesse dès le début de la conception. Syncopes prolongées. Guérison. Rechute. Mort. *Nécropsie.* Apoplexie cérébrale séreuse; utérus sain. Altérations du mésentère. »

Nous avons lu avec soin cette première observation de Willis (3). Il s'agit d'une femme qui fit plusieurs fausses couches toujours aux environs du troisième mois de la gestation. Après la dernière, elle fut prise de mouvements convulsifs avec vomissements, s'accompagnant de fortes douleurs de tête. « In paroxysmum convulsivum valdè horrendum incidit qui statim in apoplexiam citò lethalem transiit namque insensibilis et ἄφωνος facta, intra 12 horas hâc vitâ emigravit. »

Willis, désireux de savoir quelle était la cause de la mort chez cette femme, qu'il considérait comme hystérique, fit

(1) *Andreæ Vesalii Bruxellensis scholæ medicorum Patavinæ professoris de humani corporis fabricâ, libri septem, Basileæ,* liv. V, ch. xv, p. 538 *s. d.*

(2) *Caspari Bauhini Basileænsis theatrum anatomicum,* Francof., Becker, 1605.

(3) *Pathologiæ cerebri et nervosi generes specimen in quo agitur de morbis convulsivis et de scorbuto,* 4e édit., Londres, 1678, ch. x, p. 168.

l'autopsie, qui ne nous apprend rien de particulier. Le cadavre était très putréfié. « Pulmones erant lividi coloris et per totum obstructi utpote ichore spumoso et fœtido infarcti. »

Étant donné que les accidents convulsifs survinrent après un avortement, qu'ils s'accompagnèrent de douleurs de tête et de vomissements, nous croyons qu'il s'agit bien plutôt, dans ce cas, d'éclampsie que d'hystérie.

Les mêmes considérations sont tout à fait applicables à un cas de Brachet (1), relatif à une femme de vingt-six ans qui, au milieu d'un accouchement qu'on dut terminer par le forceps, succomba à des accidents éclamptiques que l'auteur qualifie, à tort suivant nous, de « crise hystérique des plus violentes ».

M. Comby (2) a récemment publié un cas de mort consécutif à plusieurs attaques d'hystérie convulsive. La malade avait été, vingt-six ans auparavant, sujette à des crises qu'on qualifia d'éclamptiques, mais l'autopsie fut négative au sujet de l'existence de lésions des reins ou du système nerveux.

La deuxième observation de Willis est résumée ainsi qu'il suit par M. Landouzy (*op. cit.*, p. 410) : « Obs. 362. Accès hystériformes, mort. *Nécropsie.* Utérus sain, altérations du mésentère. »

Willis (3) consacre à ce cas les quelques lignes suivantes, absolument dépourvues d'intérêt, tout au moins au point de vue qui nous occupe : « Cùm enim fœminæ illustrissimæ paulo ante obitum affectibus (quos dicunt) hystericis gravissimè laborantis cadaver aperirem, uterum quidem insontem reperi... »

M. Landouzy rapporte une observation de Régnier de Graaf dans les termes suivants (*op. cit.*, p. 411) : « Obs. 368. Mort pendant un accès d'hystérie. *Nécropsie.* Aucune lésion particulière ; caillots dans les ventricules du cœur. »

Après avoir exposé ses théories sur l'action du suc pan-

(1) Brachet, *Traité de l'hystérie*, Paris-Lyon, 1847, obs. XI, p. 158.
(2) Comby, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 22 nov. 1892.
(3) *Ibid.*, ch. VI, p. 89.

créatique dans ses rapports avec les convulsions épileptiques des enfants, Régnier de Graaf ajoute :

« Idem succus pancreaticus audior per venas lacteas in sanguinem delatus, majorem illi consistentiam largetur unde minus rarescens sanguis pulsum faciet, minorem à quo vitio valde excedente, syncopen quandoque produci existimamus, quod non parum confirmatur exemplo, quod Lazarus Rivierius refert in praxis suæ lib. VIII, fol. 358, de syncope illa quam P. Salius uti ipse refert lib. de affect. partic., cap. IV, observavit in puellâ 14 annum agente quæ cum per diem capitis gravitatem, vertiginem et anxietates passa esset, die sequenti subito extincta est; secto post mortem cadavere in arteriâ magnâ et venâ cavâ totus sanguis concretus apparuit ut apprehenso illius altero principio ita integer ex venâ et arteriâ adduceretur ac gladius e vaginâ extrahi solet (1). »

Cette observation que de Graaf rapporte, de deuxième sinon de troisième main, ne mérite même pas, on le voit, la peine d'être mentionnée.

Morgagni a publié plusieurs cas de mort chez des hystériques. Nous citerons textuellement, tout en négligeant certains détails relatifs aux altérations des divers organes lorsqu'ils ne seront pas tout à fait contingents à notre sujet. En ce qui regarde le système nerveux, nous dirons une fois encore qu'il n'existait aucune lésion susceptible d'éclairer l'anatomie pathologique de la névrose.

« J'ajouterai, dit-il (2), les histoires de deux femmes qui se croyaient et que les autres croyaient hystériques, ce à quoi je donnerai aussi mon assentiment... »

La première histoire n'a aucun intérêt. Il n'en est pas de même pour la seconde femme observée par Helwich, à l'autopsie de laquelle on trouva plusieurs corps fibreux pédiculés et un petit kyste de l'ovaire.

(1) *Tractatus anatomico-medicus de succi pancreatici natura et usu, authore Regnero de Graaf.* Lugd. Bat., 1671, p. 144.

(2) Morgagni, *Edition de l'Encyclopédie des sciences médicales,* t. III, 1838. *De la montée de l'utérus,* 45e lettre, § 19, p. 64.

« Cette femme, dit Morgagni, avait été évidemment du nombre de celles que tous les médecins s'accordent à regarder comme sujettes à des affections de l'utérus, soit que quelqu'un ait appelé ces affections apnées ou suffocations, soit aussi qu'il soit survenu quelques contractions, pour me servir des expressions de Galien. En effet, séparée de son mari, elle avait été prise d'un tel prurit des parties de la génération qu'elle était peu éloignée de la fureur utérine et qu'il n'était pas étonnant qu'il s'y joignît des spasmes horribles qui lui fermaient la gorge et qui donnaient lieu à une si grande difficulté de respirer qu'ils l'exposaient souvent au danger de la suffocation, par laquelle elle fut enfin enlevée inopinément. Au reste, vous croirez, d'après ce que j'ai écrit ailleurs, que les polypes qu'on trouva dans le cœur de cette femme furent l'effet et non la cause de cette suffocation. »

Cette observation, tout écourtée qu'elle soit, paraît assez concluante dans le sens d'une terminaison fatale survenue au cours d'une attaque de spasmes.

La suivante l'est moins : « Je disséquai, sur la fin de février de l'an 1717, une fille publique, jeune, un peu grasse, adonnée au vin, qui était accouchée autrefois, et qui actuellement, depuis quatre mois qu'elle n'était plus réglée, éprouvait des affections hystériques. Ensuite elle fut prise aussi de manie et mourut de convulsions générales. »

L'autopsie, très incomplète par suite de circonstances qu'il serait trop long de rapporter, n'offre pour nous d'intéressant peut-être « que des concrétions polypeuses dans les vaisseaux sanguins » du cerveau.

Une troisième observation a trait encore à une hystérique alcoolique :

« 23. — Il y avait à Venise une femme âgée d'environ quarante ans, de la plus basse condition, impudique, adonnée au vin, d'une taille ordinaire et d'une habitude de corps saine et grasse. Elle était sujette, même pour des causes légères, à la crainte, à la suite de laquelle elle tremblait et tombait presque en défaillance. Elle vomissait

souvent; en sorte qu'elle ne gardait aucune nourriture solide et qu'elle ne pouvait même pas goûter de poisson. Quand je questionnais les personnes de sa famille sur toutes ses maladies en particulier, elles me répondaient constamment qu'elle ne s'était jamais plainte de la tête ni du cœur, dont elle n'avait jamais éprouvé de violentes pulsations ni de palpitations, ni d'aucune affection, et qu'elle n'avait jamais été atteinte qu'elles sussent d'aucune inflammation de la poitrine... Ces personnes disaient que l'incommodité dont elle se plaignait uniquement consistait dans des affections de l'utérus qui, à ce qu'elle prétendait, se remuait alors d'un côté et d'autre dans son ventre et lui montait à la gorge en donnant lieu quelquefois à un sentiment de suffocation dont pourtant elle était promptement délivrée. A la fin de décembre de l'an 1700, elle se plaignit sur le soir que les côtes lui tombaient, pour ainsi dire, et elle ordonna qu'on appelât une femme qui, comme le peuple le croyait, savait les relever. Après avoir dit, vers l'aurore, qu'elle était prise d'une affection hystérique très grave et que l'utérus, qui se remuait d'un côté et d'autre, lui était déjà monté à la gorge et la suffoquait, elle mourut dans l'espace d'une ou de deux heures au plus, sans aucune écume à la bouche et sans avoir été agitée d'aucuns mouvements convulsifs qui eussent été observés par les assistants. »

Morgagni fit l'autopsie avec Santorini, dix heures après le décès. Se rappelant probablement la mésaventure arrivée à André Vésale, il s'assura, par une série de recherches qu'il serait trop long de rapporter, que la mort était bien réelle.

L'ouverture du crâne ne fut pas faite. Il existait une sclérose cardiaque manifeste, de l'athérôme léger de l'aorte, de la sclérose pulmonaire avec adhérences pleurales. « En coupant les deux poumons, nous les trouvâmes durs et comme tendineux en plusieurs endroits, et remplis en outre, çà et là, d'une humeur écumeuse qui était comme de la salive. »

En résumé, il n'est pas certain pour nous que cette femme ait succombé à une attaque de spasmes hystériques; il nous semble qu'il faut bien plutôt songer aux accès pseudo-apoplectiques décrits par Stokes au cours des myocardites chroniques. Il n'est pas défendu de penser cependant qu'avec une semblable lésion, de violents accès de spasmes purent efficacement contribuer à la terminaison fatale.

Nous en arrivons maintenant à un fait très intéressant et bien souvent cité, que Rullier, dans sa thèse inaugurale (1), rapporte sous le titre très suggestif d' « observations et remarques touchant une attaque d'hystérie qui entraîna la mort de la malade ».

Une jeune fille de quinze ans, réglée, bien portante et bien développée, « n'avait éprouvé d'autre affection qu'une violente attaque de convulsions qui lui survint à l'âge de huit ans, et qui depuis ne s'était en aucune manière renouvelée ».

Trois semaines avant l'apparition des phénomènes que Rullier va décrire, « les menstrues qui coulaient pour lors avaient été supprimées à la suite d'une frayeur éprouvée par la malade, néanmoins il n'était résulté rien de fâcheux de cet accident; mais, au retour de l'époque suivante, cette jeune fille, qui éprouva quelques chagrins relativement à son service, commença à ressentir un grand état de malaise, de l'engourdissement dans les jambes et dans les cuisses et beaucoup de soif. Les règles, qui n'avaient fait que paraître, cessèrent de couler.

« Le lendemain, cet état fut aggravé vers le soir par un sentiment de strangulation tel que l'aurait déterminé un collier très serré, la respiration devint fort gênée, la région hypogastrique était le siège d'un gonflement marqué. Les parties génitales extérieures gênaient comme si elles eussent été très tuméfiées, les membres et le tronc étaient agités de mouvements convulsifs répétés. La constriction

(1) Rullier, *Recherches, observations et propositions sur quelques sujets de médecine et de chirurgie.* Th. Paris, 1808, p. 29.

et le spasme du pharynx ne permettaient pas à la malade de prendre la moindre quantité de liquide ; quelque besoin qu'elle ressentît de boire et quelques efforts qu'elle fit pour y parvenir, cela lui devint toujours impossible. Il y eut durant cet accès une excrétion abondante d'urine claire et limpide.

« ..... Le lendemain elle fut conduite à l'Hôtel-Dieu, et voici l'état dans lequel elle était : la suffocation et l'anxiété étaient portées jusqu'au désespoir. Cette pauvre fille se lamentait et poussait à tout instant des cris aigus, elle se plaignait constamment d'être étranglée, sa voix était cependant peu changée. Elle conservait d'ailleurs toute sa raison et répondait juste aux questions qu'on lui faisait. Les mouvements convulsifs de toutes les parties continuaient, ils étaient extrêmement fréquents et étendus. L'abdomen s'élevait et s'abaissait alternativement d'une manière très considérable. La malade portait à tout moment la main à son col comme pour en arracher le fatal collier. De même que la veille, elle ne pouvait prendre aucun liquide ; elle priait instamment qu'on cessât de lui en présenter, tant était considérable la douleur qu'elle éprouvait au pharynx lorsqu'elle essayait d'avaler. La gêne de la respiration était inexprimable, et à tout moment il y avait menace de suffocation. Le pouls était serré, très fréquent et très irrégulier. Les mouvements du cœur offraient le même caractère, ils étaient fort sensibles au tact et même à la vue. La peau était rouge et couverte de sueur. Cette malade expira à quatre heures du soir, au milieu d'une violente exacerbation, en prononçant qu'elle était étranglée. On ne fit, durant le peu d'heures qu'elle demeura à l'hôpital, rien pour prévenir cette catastrophe. »

L'autopsie fut pratiquée avec très grand soin par Rullier, assisté du célèbre de Blainville, « élève de notre école ». Le cerveau, la moelle, le sympathique furent examinés.

« Le seul fait particulier et matériel que nous ait fourni l'ouverture du corps, c'est-à-dire l'état dans lequel nous avons trouvé l'appareil de la circulation, nous porte à

penser que la mort a commencé par le poumon, et qu'un état permanent de constriction spasmodique de la part de cet organe peut en être regardé, avec quelque fondement, comme la cause déterminante. »

Et Rullier ajoute : « Il est très rare de trouver une hystérie terminée par la mort, et bien que cette terminaison soit admise comme possible dans le troisième degré de cette maladie, néanmoins les auteurs n'en citent presque aucun exemple, ou bien, de même que Morgagni, ils ne fournissent qu'une description très imparfaite des principales altérations observées sur les cadavres des femmes dont la maladie a présenté quelques-uns des phénomènes de l'hystérie. »

Rullier ne discute pas le diagnostic ; évidemment, croyons-nous, on ne peut penser au tétanos dans la circonstance, mais il vient immédiatement à l'esprit que sa malade put être atteinte d'hydrophobie, diagnostic différentiel qui se posa également dans le cas suivant, communiqué par Maurice Raynaud à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1).

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, à laquelle M. Raynaud donnait ses soins depuis six ou sept ans, pour des phénomènes hystériques confirmés. En 1876, dit-il, « j'assistai à l'explosion de grands accidents hystériques à forme hydrophobique dont le souvenir est resté très présent à mon esprit. Je vois encore cette malheureuse malade, en proie à une soif ardente, l'œil hagard, avec l'expression de la terreur et du désespoir, poussant jour et nuit des gémissements affreux et tourmentée par un spasme pharyngé tel que, pendant plusieurs jours, il fut impossible de lui faire avaler une seule goutte de liquide. Le fait seul d'approcher un vase de ses lèvres lui causait de violents tressaillements. Les choses allèrent au point que, dans l'entourage de la malade, on eut pour sa vie des craintes

(1) Maurice Raynaud, *Note sur un cas de mort paraissant avoir été causée par un accès d'hystérie à forme hydrophobique. Bull. et Mém. de la Soc méd. des hôp. de Paris*, t. XVIII, séance du 28 janvier 1881, p. 13

que, pour ma part, je ne partageai pas, mais qui étaient certainement justifiées par ces apparences. Cet état violent finit pourtant par se calmer. »

Les accidents ayant été amendés par des injections hypodermiques de morphine, cette femme devint morphinonomane, et, malgré les recommandations expresses de M. Raynaud, les doses quotidiennes ne furent jamais moindres de dix à douze centigrammes et souvent doubles.

Le 22 janvier 1881, la malade se plaignit d'étouffements : c'était une pure sensation subjective, car l'auscultation laissait entendre une respiration normale. Le soir, la température atteignit trente-neuf degrés; le lendemain et les jours suivants, *elle ne dépassa pas la normale.* Au niveau de la troisième vertèbre dorsale existait une douleur intense à la moindre pression. Le lendemain 23, la douleur était remontée à la nuque, elle était si forte que le plus petit mouvement provoquait de véritables hurlements. Profonde altération des traits, soif très vive, mais impossibilité de la satisfaire à cause du spasme pharyngien. « Non seulement la malade ne pouvait déglutir la moindre parcelle de liquide, mais elle ne souffrait pas qu'on approchât le verre de ses lèvres. Une anxiété extrême complétait la ressemblance avec le tableau de l'hydrophobie rabique.» Le 23 et le 24, les accidents s'accentuent : frissons impossibles à vaincre, nombreux accès de spasmes. « Pendant un de ces accès de spasme, la face devient livide, les lèvres violacées, le pouls petit; c'est une scène d'axphyxie imminente; une écume abondante s'écoule en bavant par les commissures labiales. Cette menace d'axphyxie se prolonge pendant quelques minutes, puis peu à peu les lèvres finissent par reprendre leur coloration naturelle. » Le 25, la mort survient au milieu d'un de ces accès axphyxiques qui avait duré une demi-heure.

M. Raynaud discuta très soigneusement le diagnostic; comme il avait, pour parer à une onyxis occasionnée par un eczéma chronique, coupé, le 20 janvier, un ou deux ongles et qu'il s'était écoulé quelques gouttes de sang, on

eût pu penser au tétanos. Celui-ci devait être rejeté, la presque totalité de l'état de mal s'étant passée sans fièvre.

Quant à l'hydrophobie, la malade possédait bien un chien, mais il n'était nullement enragé.

En somme, il avait existé antérieurement des accidents analogues en petit aux manifestations actuelles et qu'on n'avait pas hésité à attribuer à l'hystérie. Pourquoi ne pas qualifier de même les phénomènes terminaux? « De plus, dit M. Raynaud, la malade, il y a cinq ans, n'était pas morphinomane, et c'est peut-être cet élément qui a fourni l'appoint fatal. »

Bien que l'autopsie n'ait pas été faite, nous croirions volontiers que dans la morphine gisait la solution du problème. Il nous paraît que l'attaque convulsive et surtout la crise de spasmes hystériques sont susceptibles de déterminer la mort, tout particulièrement lorsqu'elles viennent en aide à des lésions qui ont eu pour effet de diminuer la résistance de l'organisme. C'est ce qui existait indubitalement dans la troisième observation de Morgagni, où la sclérose cardiaque est expressément notée.

Piorry (1) a rapporté un cas dans lequel une malade, atteinte de fièvre intermittente, succomba subitement à un accès pernicieux accompagné « de contractions épileptiformes » qui font penser à la « fièvre pernicieuse hystérique ».

Peut-être faut-il interpréter ce fait dans le sens du suivant, rapporté par Baccelli (2) : « Au nombre des conditions qui aggravent la perniciosité, plaçons la puerpéralité. Dans cette circonstance, la femme, exposée à mille risques, trouvera plutôt la mort dans un accès de fièvre ; le fait de l'éclampsie mérite ici surtout une grande atten-

(1) Piorry, *Gazette des hôpitaux*, 6 juin 1846, p. 261. — Un autre cas de Piorry (*Traité de diagnostic et de séméiologie*, Paris, 1840, t. II, p. 514) est ordinairement cité comme une observation de mort à la suite de convulsions hystériques : il s'agit tout simplement d'une malade autrefois hystérique qui mourut tuberculeuse.

(2) G. Baccelli, *Leçons cliniques sur la perniciosité*, trad. Louis Jullien, Paris-Lyon, 1871, p. 47.

tion. Le nervosisme en général peut aussi, en certaines circonstances, devenir fatal. Dans un cas, à propos duquel j'eus une consultation avec mon illustre collègue le docteur Polverosi, une attaque d'hystérie tua brutalement une jeune fille sous les yeux de son fiancé, au moment même où un paroxysme pernicieux touchait à la défervescence et au milieu des illusions les plus rationnellement fondées sur l'absorption du remède. »

M. G. Rummo (1), après avoir dit que dans les attaques d'hystérie on pouvait, dans certains cas, observer une élévation de la température qu'il considère comme un équivalent thermique de l'attaque, s'exprime ainsi : « Dans les crises convulsives épileptiques, la température peut s'élever à 41° C. et mettre en danger la vie du malade ; dans l'hystéro-épilepsie, ce fait est très rare ; mais, chez une malade atteinte de convulsions hystéro-épileptiques vraies, j'ai vu survenir la mort avec une température de 41°,1 C. L'autopsie confirma l'exactitude du diagnostic. »

Sans nier la fièvre hystérique, nous faisons les plus expresses réserves sur le diagnostic porté dans la circonstance par M. Rummo. Il eût été désirable, en outre, qu'il se montrât moins réservé sur les résultats de l'investigation cadavérique.

Il faut avouer cependant que l'existence d'une grave lésion antérieure est difficile à invoquer dans un cas d'Humbert Mollière (2), où la mort sembla causée uniquement par une attaque convulsive ; l'autopsie ne révéla aucune lésion, le cœur et les poumons étaient sains ; pas d'athérôme. Il s'agissait cependant d'une femme de cinquante-neuf ans.

M. Grasset (3) a vu, à l'hôpital Saint-Éloi, une hystéro-

(1) *La Riforma med.*, 1889, p. 1397.

(2) H. Mollière, *De la mort subite pendant la crise hystérique. Lyon médical*, nos 42 et 43, 1881.

(3) Grasset, *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 3e édit., 1886, p. 1016.

épileptique succomber dans l'état de mal « sans que l'autopsie ait rien révélé ».

Enfin, nous relaterons, dans le chapitre consacré aux attaques de sommeil, un cas très discutable de Martinenq, dans lequel la mort survint pendant une attaque dite d'apoplexie hystérique.

En résumé, nous voyons combien sont rares les cas de mort au cours du paroxysme hystérique simple ou prolongé sous forme d'état de mal; l'attaque de spasmes paraît avoir surtout ce privilège. Encore semble-t-il, pour qu'elle agisse dans le sens fatal, qu'il faille la coexistence d'altérations organiques auxquelles elle apporte, dans la circonstance, son funeste concours (1).

(1) Nous n'avons pu consulter les deux cas suivants où il s'agit peut-être de mort dans une attaque d'hystérie : G. A. Waldenström, *Cas d'hystérie avec terminaison mortelle. Upsala lakarefören föhr*, Bd X, p. 384, 1875. — Smith, *A case of exaqerated hysteria ending in death. Univers. Med. Magaz.* Philadelphia, 1891-1892, t. IV, p. 47. Il nous a paru inutile par contre de mentionner d'autres cas sans intérêt où la mort survint chez des hystériques à la suite de maladies intercurrentes. (G. T.)

CHAPITRE QUATRIÈME

DE QUELQUES VARIÉTÉS DE L'ATTAQUE ET DE L'ÉTAT DE MAL HYSTÉRIQUE REVÊTANT PLUS PARTICULIÈREMENT LE TYPE CONVULSIF.

ATTAQUE ET ÉTAT DE MAL ÉPILEPTOÏDE. — Considérations générales sur les états de mal. *Charcot et Bourneville.* — Durée des périodes d'état de mal; des groupes d'attaques et de leurs intervalles. — Marche et terminaisons. — *Diagnostic avec l'état de mal épileptique.* — Recherches de Bourneville sur la *température* dans les états de mal. — *La nutrition dans les états de mal épileptique, et hystérique épileptoïde.*

ATTAQUE ET ÉTAT DE MAL A FORME D'ÉPILEPSIE PARTIELLE. — Ballet et Crespin. — Étude des échanges nutritifs.

Attaque avec prédominance des phénomènes de la deuxième période ou *attaque démoniaque.*

Nous en arrivons maintenant aux périodes convulsives proprement dites, première et deuxième de la grande attaque : leurs phases sont assez nombreuses pour qu'on comprenne facilement combien l'attaque pourra revêtir de variétés, si l'une ou l'autre d'entre elles prédomine ou vient à faire défaut. Nous nous contenterons d'en décrire les principales avec les *états de mal* qui s'y rattachent.

Ajoutons immédiatement qu'en qualifiant une variété d'attaque ou d'état de mal d'épileptoïde, par exemple, nous ne voulons pas dire que la première période du paroxysme existe absolument seule. C'est de la *prédominance caractéristique* d'une période dont nous voulons parler et non de l'exclusion complète de toutes les autres, dont on peut noter presque toujours des fragments, car, en somme, l'attaque hystérique reste constamment identique avec elle-même à travers ses nombreuses variétés.

Nous commencerons par l'attaque bornée à la première période, ou *attaque épileptoïde,* et son état de mal, mais

auparavant il est au moins nécessaire de savoir ce qu'est un état de mal ou paroxysme prolongé.

Nous avons dit qu'un paroxysme convulsif de moyenne intensité durait généralement une demi-heure, sans qu'il fût possible, bien entendu, de donner un chiffre très précis. Dans la majorité des cas, le paroxysme dans son ensemble est en réalité composé d'un nombre variable d'attaques complètes ou incomplètes, le plus souvent incomplètes quand elles sont nombreuses, allant jusqu'à trois, quatre, cinq, six ou plus dans les cas ordinaires. Le malade peut avoir un paroxysme dans la matinée, un autre dans la soirée, avec un intervalle plus ou moins long d'état normal; à cela rien de particulier. Mais lorsque les attaques se présentent en *séries,* se montrent très nombreuses, avec de courts intervalles pendant lesquels le sujet reste sous l'influence du paroxysme qui se prolonge, dans ce cas l'*état de mal* est constitué.

*
* *

Nous serons bref sur l'attaque d'hystérie bornée à la première période ou *attaque épileptoïde,* renvoyant à la description que nous avons donnée de la première phase du paroxysme type. Objectivement, moins la morsure de la langue et l'incontinence d'urine, c'est d'un accès d'épilepsie qu'il s'agit. Le diagnostic ne saurait donc être fait en se guidant sur la manifestation elle-même, à moins qu'il ne s'entremêle à la crise un arc de cercle, une attitude passionnelle qui jugeront sa nature.

Mais il existe une forme pure, véritablement épileptoïde, dans laquelle l'aura même fait défaut. On se basera sur les anamnestiques, sur la présence des stigmates; toutefois, comme il peut y avoir chez le même sujet coexistence de l'épilepsie et de l'hystérie, l'examen des urines nous semble seul capable de trancher définitivement la question.

Cette variété de l'attaque est rare; peut-être, cepen-

dant, l'est-elle moins qu'on ne le croit généralement, beaucoup de sujets qui en souffrent étant traités comme épileptiques.

Par contre, l'état de mal épileptoïde est, parmi les autres états de mal hystériques, un des plus souvent observé. Il faut ajouter immédiatement que jamais la forme n'en est aussi pure que pour l'attaque dont il dérive. Si, en effet, la période épileptoïde prédomine constamment, il n'est pas moins certain aussi qu'on voit toujours surgir à un moment donné des lambeaux des autres phases du paroxysme type. C'est de ce fait l'*état de mal convulsif* par excellence, celui qui représente le mieux la forme prolongée de la grande attaque, car celle-ci n'a pas un état de mal qui lui soit propre ; elle se fragmente toujours lorsque les crises reviennent par séries, ainsi que cela s'observe dans les paroxysmes prolongés. A tous ces titres, l'état de mal convulsif ou épileptoïde méritait la description particulière que nous allons lui consacrer.

*
* *

Si certains *paroxysmes prolongés*, et en particulier l'état de mal léthargique, sont connus depuis longtemps, il n'en est pas de même de l'état de mal convulsif ou épileptoïde, dont la notion est de date relativement récente.

Georget en a donné en quelques lignes une assez bonne description, au cours de laquelle il établit l'existence de l'un des caractères qui différencient le mieux l'état de mal du paroxysme ordinaire, à savoir, que dans l'intervalle des attaques le sujet continue à rester sous leur influence.

« Les attaques se composent ainsi, dit-il (1), de paroxysmes convulsifs dont le nombre varie depuis un petit nombre jusqu'à quarante, cinquante, soixante et plus. Les premières attaques sont quelquefois extrêmement violentes ; chez une malade, la première dura huit

(1) Georget, *Dictionnaire de médecine*, art. *Hystérie*, t. XVI, 1837, p. 163.

jours et la seconde quarante-cinq jours, avec des intervalles de repos de quarante ou cinquante minutes. Les malades distinguent ordinairement très bien le repos qui succède au dernier paroxysme des simples rémissions ; ils disent que leur attaque est finie, qu'on peut les laisser libres, et ils se trompent rarement. Les rémissions ont beau être considérables, durer plusieurs heures, les malades disent qu'ils se sentent de leurs attaques, qu'elles ne sont pas finies ; ils éprouvent toujours dans les membres ces *inquiétudes*, ces *crispations*, ces *agacements*, ce *malaise* qui annoncent de nouvelles convulsions. »

Mais c'est incontestablement à M. Charcot (1) et à M. Bourneville (2) que revient l'honneur d'avoir nettement montré ce qu'était le paroxysme hystérique prolongé à forme convulsive, auquel ils ont donné le nom d'*état de mal*, par comparaison avec l'état de mal épileptique, dont ils l'ont différencié pour la première fois.

Depuis cette époque, M. Charcot est revenu à diverses reprises sur cet important sujet, et la plupart des travaux qui ont vu le jour sur la question appartiennent à ses élèves.

Nous citerons dans cet ordre d'idées : la thèse de Dieu (3), qui se borne à résumer les premiers travaux de Charcot et de Bourneville, le livre de P. Richer, le mémoire de Marie et Souza-Leite (4), l'article de Ballet et

(1) Charcot, *Leçons sur l'hystéro-épilepsie* in *Revue photographique des hôpitaux de Paris*, 1872, p. 282. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 13e leç., p. 181 et suiv. — *Lezione cliniche dell' anno scolastico* 1883-1884 *sulle malattie nervose* recueillies par Milliotti, p. 164, Milan, 1885. — *État de mal hystérique épileptiforme. Leçon recueillie* par Bl. Edwards, *Tribune médicale*, 5 avril 1885, p. 159. — *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, 1887-1888, p. 483 et *passim*; t. II, 1888-1889, p. 68 et *passim*.

(2) Bourneville, *Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*, 2e fasc. 1873, ch. iii, p. 301. — Bourneville et Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, 1877-1878.

(3) Dieu, *De l'état de mal épileptique*. Th. Paris, 1876.

(4) Marie et Souza-Leite, *Attaques hystériques ayant par leur nombre et leur durée simulé l'état de mal épileptique. Progrès médical*, n° 38, 20 septembre 1884.

Crespin (1), dans lequel est étudié plus particulièrement l'état de mal à forme d'épilepsie partielle, enfin les recherches que nous avons faites avec M. Cathelineau (2) sur la nutrition dans les états de mal.

*
* *

Le paroxysme prolongé ou *état de mal hystérique à forme convulsive* s'observe particulièrement chez la femme adulte. Dans tous les faits, on trouve noté que les sujets avaient antérieurement éprouvé des manifestations convulsives de la névrose.

Les causes provocatrices sont variées, ne présentant rien de spécial. Le début de l'état de mal est précédé, comme l'attaque ordinaire, de phénomènes prémonitoires et d'aura diverses. Aussi les malades savent-elles bien qu'elles vont avoir un paroxysme, mais elles ignorent si les attaques se disposeront en séries prolongées, si l'état de mal s'installera ; il en est de même pour l'observateur.

Il est permis cependant quelquefois de tirer des indices sérieux des manifestations antérieures de l'hystérie. Ainsi, une des malades du service de M. Charcot, dont il sera bientôt question, fait rarement des attaques isolées qui, lorsqu'elles existent, revêtent en particulier le type classique le plus pur ; c'est presque toujours un état de mal convulsif, délirant ou somnambulique, qui évolue lorsque chez elle la névrose tend à se produire d'une façon active. Nous avons récemment observé une dame qui, à l'âge de dix-huit ans, présenta quelques attaques très caractérisées ; de vingt-cinq à soixante-dix ans, elle resta plongée presque tous les ans, pendant deux mois consécutifs, dans un état de mal à forme convulsive, car l'hystérique coule ses états de mal, comme ses attaques, toujours dans le même moule.

(1) Ballet et Crespin, *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. Archives de Neurologie*, nos 23 et 24, 1884.

(2) Gilles de la Tourette et Cathelineau. *La nutrition dans l'hystérie, op. cit.*, ch. III.

*
* *

L'état de mal épileptoïde ou convulsif est essentiellement constitué par des *attaques en séries* séparées par des intervalles variables, les séries pouvant comprendre cent attaques successives et plus, le total des vingt-quatre heures atteignant parfois jusqu'à 13,687 attaques, comme dans un fait que nous avons observé. Il va sans dire que, dans ces cas, l'attaque est toujours incomplète, se bornant à une ou deux périodes dont les phases sont très écourtées, la période épileptoïde prédominant toujours de beaucoup sur les autres. Mais la succession des attaques est si rapide et les phénomènes empruntés aux diverses périodes sont parfois si variés qu'au bout d'un certain temps, cliniquement, la grande attaque peut se trouver reconstituée. C'est ce qu'a bien fait voir M. P. Richer en étudiant un certain nombre d'états de mal convulsifs où il a noté exactement la physionomie et la durée des périodes (*op. cit.*, p. 139).

La plus longue *durée* de l'état de mal convulsif ou épileptoïde, jusqu'à présent notée, a été de trois mois. La malade qui fait le sujet de cette observation (Joséphine C...) a été observée par MM. Charcot (1) et Bourneville (2); elle a pour ainsi dire servi de base à la nosographie de cette manifestation de l'hystérie.

Nous avons relevé, de 1884 à 1889, les états de mal épileptoïdes d'Hab..., hystérique du service de M. Charcot.

En 1884, elle a eu deux périodes d'état de mal ; la première s'étend du 16 au 29 avril inclus (14 jours), la seconde du 2 au 16 juin inclus (15 jours).

« Le nombre total des attaques de la première série, disent MM. Marie et Souza-Leite (*op. cit.*), est égal à 4,506 ; le minimum d'attaques observé dans un groupe pendant cet état de mal est de 84 attaques, le maximum est de 537 ;

(1) Charcot, *Revue photogr. des hôp.*, p. 282.
(2) Bourneville, *Études cliniques et thermométriques*, p. 302.

le minimum de durée des groupes d'attaques est de douze minutes, le maximum est de vingt-deux.

« Dans la seconde série, le chiffre total des attaques est de 17,083, chiffre beaucoup supérieur, comme on voit, au précédent ; le minimum d'attaques observées dans ce groupe est de 113 attaques, le maximum est de 176 ; le minimum de durée de ce groupe est seize minutes, le maximum est de cinquante minutes. »

Une troisième période sur laquelle nous n'avons que des données insuffisantes, eut lieu en janvier 1887.

En 1889, nous avons observé chez la même malade, avec M. Cathelineau (*op. cit.*), deux états de mal ; le premier, du 24 avril au 2 mai (8 jours), a donné 47,310 attaques, soit une moyenne de 5,913 dans les vingt-quatre heures, avec un minimum de 1,293 et un maximum de 11,357 ; le second, du 24 mai au 6 juin (14 jours), a donné 117,572 attaques, avec une moyenne de 8,333 par jour, un minimum de 656 et un maximum de 13,687 (1).

On voit combien peuvent être multipliées les attaques ou mieux les rudiments d'attaques dans l'état de mal épileptoïde.

Pour bien faire saisir la physionomie de cet état de mal et de la variété de l'attaque qui le constitue, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici la *description d'un groupe d'attaques,* faite par MM. P. Marie et Souza-Leite, d'après Hab..., la malade dont nous venons de parler :

« Le premier phénomène observé chez la malade, qui se tourne sur le côté gauche (*droit* en 1889) et reste dans cette position pendant toute la durée de l'attaque, est l'émission d'un cri faible tenant vraisemblablement à un spasme des muscles laryngés ; avant qu'il se termine, les membres droits et les muscles du cou et de la nuque sont pris d'une rigidité tétanique ; presque en même

(1) Nous rendons hommage au zèle des surveillantes et infirmières du service, qui se sont astreintes à compter jour et nuit les attaques et à noter par écrit toutes les phases de cette intéressante observation. (G. T.)

temps, les membres gauches se contracturent un peu aussi, mais d'une façon quasi insensible. Dans ce moment, il se fait une tuméfaction du cou au niveau du corps thyroïde, facilement appréciable par la main appliquée sur la convexité qui en résulte ; quatre ou six secondes après, le membre thoracique droit et la tête sont agités de secousses vives et rapides ; les joues et les lèvres sont violemment repoussées par l'air expiré (mouvement du fumeur de pipe); les secousses ne se montrent pas du tout aux membres gauches ; ceux-ci deviennent flasques avant les droits, qui se décontracturent aussi à leur tour. Mais, à peine les membres sont-ils flasques, qu'un nouveau cri analogue au précédent se fait entendre en annonçant une nouvelle attaque et la répétition des phénomènes que nous venons de décrire. Ces attaques se répètent un grand nombre de fois d'une façon subintrante et constituent ainsi de véritables séries durant de douze à trente minutes (de 84 à 776 attaques par série). Ces attaques se succèdent d'une façon parfois tellement rapide que c'est à peine si on peut les compter.

« Avant la fin de chaque série, la malade présente une ébauche d'attitude passionnelle (semble regarder quelque chose au loin) d'une ou deux secondes de durée, ébauche qui n'est pas constante ; ensuite deux ou trois mouvements épileptiformes très courts, et enfin elle se réfugie brusquement au pied de son lit, sous ses couvertures, cachant sa tête, couchée sur le côté, et complètement pelotonnée en boule ; quelques secondes après, elle ronfle deux ou trois fois et reste ainsi contre le pied du lit plusieurs minutes sans bouger, puis reprend conscience, se plaint beaucoup de la tête, se met à pleurer, se recouche convenablement ; peu après, elle cause librement et se met à rire. Ces groupes d'attaques sont séparés les uns des autres par un intervalle à peu près égal à leur durée ; une impression subite quelconque peut les provoquer. »

Nous n'avons rien à ajouter à cette description si précise qui se superpose exactement à celle des phénomènes que

nous avons observés chez la même malade à cinq années d'intervalle.

Nous plaçant maintenant à un point de vue général, nous devons donner quelques détails complémentaires, portant particulièrement sur les intervalles qui séparent les groupes d'attaques les uns des autres et sur la durée de ces groupes.

Ces intervalles sont très variables; ils peuvent être presque nuls dans la période de vingt-quatre heures.

« Ainsi, le 22 janvier entre autres, dit M. Charcot (1), à propos de l'observation de Joséphine C..., les convulsions épileptiformes se sont succédé sans interruption depuis neuf heures du matin jusqu'à huit heures du soir; de huit à neuf heures il y a eu un temps de repos, puis les attaques ont repris comme de plus belle sans le moindre retour à la lucidité et ont persisté à peu près pendant le même espace de temps. »

Le plus souvent, la durée d'un groupe d'attaques oscille entre dix et soixante minutes, quelquefois plus, l'intervalle entre deux groupes étant, comme nous l'avons dit, fort variable, de même du reste que la durée du groupe lui-même. Lors de l'intervalle, la malade revient alors complètement à elle-même : elle reprend sa pleine connaissance et en profite pour s'alimenter, surtout si elle en est sollicitée, pour uriner, aller à la garde-robe, etc., mais elle sent très nettement qu'elle est toujours sous l'influence du paroxysme. Et si elle peut goûter quelques instants de sommeil, celui-ci est rempli par des rêves, des hallucinations de toutes sortes; à son réveil, du reste, elle fera une nouvelle série d'attaques.

Lorsque l'état de mal doit bientôt se terminer, les attaques sont moins nombreuses par chaque série; les intervalles entre les séries deviennent de plus en plus grands; l'état mental devient meilleur, enfin les attaques disparaissent complètement, la malade sent qu'elle est de moins en moins sous l'influence du paroxysme et le retour

(1) *Revue photographique.*

à l'état normal a bientôt lieu. Nous allons voir qu'il est un autre moyen de prévoir la cessation prochaine du paroxysme, et cela en dehors de tous phénomènes objectifs ou de toutes sensations éprouvées par le sujet.

*
* *

En 1872, après avoir montré qu'il existait réellement un état de mal hystérique épileptoïde, MM. Charcot et Bourneville durent immédiatement s'efforcer d'établir les caractères à l'aide desquels il était possible de le différencier de l'état de mal épileptique, avec qui il avait été presque toujours confondu.

C'est alors qu'on comprit combien il était nécessaire de connaître imperturbablement, pour ainsi dire, la physionomie de la grande attaque.

En effet, on peut dire que, même dans l'état de mal épileptoïde le plus pur, on observera presque toujours, à un moment ou à un autre, des phénomènes qui appartiennent aux diverses périodes du paroxysme convulsif. Dans la description que MM. P. Marie et Souza-Leite ont donnée d'un groupe d'attaques d'Hab..., il est noté qu'avant la fin de chaque série « la malade présente une ébauche d'attitude passionnelle » (troisième période), ou bien « elle se réfugie brusquement au pied de son lit, sous ses couvertures, cachant sa tête, couchée sur le côté et complètement pelotonnée en boule » (deuxième période) ; « puis elle reprend conscience, se plaint beaucoup de la tête et se met à pleurer » (quatrième période).

Ce sont là des phénomènes objectifs qui appartiennent seuls à la grande attaque et dont on tirera le plus grand parti pour le diagnostic. De même, la malade ne se mord pas la langue, n'urine pas involontairement, et même dans l'intervalle des séries, alors qu'elle se sent toujours sous le coup du paroxysme, elle présente un état mental bien différent de l'abrutissement qui suit les accès d'épilepsie, à plus forte raison lorsque ces accès se montrent en séries.

Elle s'alimente, cause librement avec les personnes de son entourage, alors que l'épileptique reste inerte et ne songe qu'à dormir.

Jamais non plus on n'observe, dans l'état de mal hystérique les phénomènes du *décubitus* (taches violacées du cou ou eschares de la région sacrée, des fesses, des plis interfessiers, au niveau des grands trochanters), si souvent notés dans l'état de mal comitial.

Mais on peut concevoir à la rigueur un état de mal hystérique purement épileptique au point de vue objectif, et certains troubles trophiques observés dans la névrose pourraient simuler le décubitus épileptique.

Aussi M. Bourneville a-t-il serré encore de plus près la question, et ses recherches sur l'état comparatif de la température dans les deux états de mal l'ont conduit à trouver une caractéristique véritablement pathognomonique au point de vue du diagnostic différentiel.

Ses investigations, longtemps poursuivies, lui ont permis de conclure que dans l'état de mal épileptique il y avait toujours élévation de la température; que celle-ci continuait à monter avec la prolongation de l'état de mal; qu'elle était le signe non trompeur d'une mort prochaine lorsqu'elle dépassait 40, 41, 42°, 2 et même 42°, 4, comme dans un cas qu'il a observé (1). Au contraire, lorsque le retour à la santé doit bientôt survenir, la température, qui a rarement dans ces cas dépassé 39°, 5 ou 40°, descend progressivement et revient à la normale en même temps que disparaissent les accès (2).

(1) *Études cliniques et thermométriques*, ch. IV et *passim*. Voir également la thèse d'un des élèves de M. Bourneville : LEROY, *De l'état de mal épileptique*, Paris, 1880.

(2) Les conclusions de M. Bourneville ont été attaquées en 1886 par M. Witkowski (*Berliner klin. Wochensc.*, nos 43 et 44, octobre 1886), et plus récemment par M. Duflocq (*Revue de médecine*, 10 février 1891). Sans entrer plus avant dans un débat qui nous écarterait trop de notre sujet, nous dirons que M. Bourneville nous semble avoir répondu (*De la température centrale dans l'épilepsie. Revue de médecine*, n° 4, 10 avril 1891, p. 272) victorieusement aux objections qui lui étaient faites.

Pareillement, M. Bourneville démontrait que jamais l'état de mal hystérique ne s'accompagnait d'élévation de la température, celle-ci ne dépassant pas 37°,8 ou 38°,2, rect. dans les plus forts paroxysmes.

Ces faits ont aujourd'hui force de loi; nous avons eu bien souvent, pour notre part, l'occasion d'en vérifier l'exactitude. Pendant la durée de l'état de mal (tabl. X) où Hab... eut 117,572 attaques, la température rectale ne s'éleva jamais au-dessus de 38° et le jour où il y eut 13,687 attaques, le thermomètre marquait 37°,4 (1).

Exceptionnellement, peut-être pourrait-on se trouver en présence de ces faits que nous étudierons sous le nom de *fièvre hystérique* et dont la symptomatologie revêt si rarement la forme d'état de mal convulsif que nous n'en connaissons pas d'exemple : nous possédons, d'ailleurs, pour ces cas comme pour les autres, un moyen de diagnostic qui permettra de résoudre immédiatement le problème.

*
* *

En effet, au signe si important tiré de la température observée comparativement dans l'état de mal hystérique et dans l'état de mal épileptique, découvert par M. Bourneville, nous avons ajouté d'autres éléments d'appréciation, en étudiant avec M. Cathelineau les échanges nutritifs dans ces deux états.

Nous rappellerons que MM. Lépine et Mairet ont montré que, dans l'accès et dans l'état de mal épileptiques, il y avait élévation constante du taux du résidu fixe, de l'urée, des phosphates, etc. M. Mairet (*op. cit.*, p. 209)

(1) Dans la période d'état de mal épileptoïde d'Hab... observée par MM. P. Marie et Souza-Leite, la température monta un jour à 40°,1. Mais la veille était apparue au niveau du genou gauche une plaque d'érythème noueux avec douleur articulaire accompagnée d'embarras gastrique. Une simple purgation suffit pour faire tomber à la normale la température, alors que la malade restait en plein état de mal. A ce propos, il faut toujours penser à la constipation dans ces cas et l'éviter par des lavements purgatifs ou autres moyens, celle-ci étant parfaitement susceptible, comme nous l'avons observé plusieurs fois, de faire monter le thermomètre de un ou deux degrés.

s'exprime ainsi qu'il suit à ce sujet : « Sous l'influence de l'état de mal épileptique, l'azote rendu par vingt-quatre heures est augmenté et l'acide phosphorique total est augmenté. »

Il était intéressant de savoir comment la nutrition se comportait dans l'état de mal hystérique borné à la période épileptoïde, c'est-à-dire pouvant être objectivement confondu avec l'état de mal comitial. Aussi avons-nous fait, pendant les périodes où Hab... fut plongée dans cet état, des recherches minutieuses, et nous nous étendrons quelque peu sur les résultats obtenus, afin de ne pas avoir à y revenir d'une façon aussi complète en traitant des autres états de mal. En effet, de même que la formule chimique, pour toutes les attaques revêtant les formes les plus variées, reste toujours identique, ainsi, pour les états de mal procédant de ces attaques dont ils sont la prolongation, les échanges nutritifs sont-ils tout à fait comparables entre eux.

Pendant les deux périodes d'état de mal que nous avons observées chez Hab..., l'urine a été recueillie quatre fois par jour à l'aide de la sonde, de même que dans tous les autres états de mal que nous étudierons ultérieurement. Nous avons donc eu à notre disposition la totalité des urines, et sans causes d'erreur possibles, ce qui est d'une grande importance, l'étude du volume seul, — que tout le monde peut faire, — présentant, comme nous le verrons, un intérêt capital dans l'espèce.

L'alimentation, pendant toute la durée des deux périodes de cet état de mal, a été pour ainsi dire négative. La malade a absorbé par jour une assiette de salade, sucé parfois trois ou quatre asperges, un citron ; elle n'a bu, dans les vingt-quatre heures, qu'une tasse de lait ou de bouillon (80 grammes), à l'exclusion l'un de l'autre.

Aussi, lors du premier état, qui a duré huit jours, du 24 avril au 2 mai 1889, a-t-elle maigri de 4 kilogr. 500, soit 550 grammes en moyenne par jour (de 53 kilogr. 500 le 24 avril, à 49 kilogrammes le 2 mai).

Lors du second état de mal, qui a duré 14 jours, du 24 mai au 6 juin 1889, elle a maigri de 3 kilogr. 110, soit 225 grammes par jour (de 53 kilogrammes le 23 mai, à 49 kilogr. 890 le 6 juin).

Nous montrerons que cette dénutrition est constante dans tous les états de mal, en réponse à l'opinion de M. Empereur « que la désassimilation n'aurait pas lieu chez les hystériques » . Nous ferons voir, de plus, combien encore, à l'inverse de l'opinion de cet auteur, l'assimilation est rapide à la suite des paroxysmes prolongés.

Nous pouvons dire, en effet, que, d'une façon générale, après les états de mal, où la nutrition a été si compromise, le retour au poids normal, à celui que le malade possédait avant le paroxysme, a lieu presque aussi rapidement que la dénutrition s'est effectuée. Il résulte des pesées journalières faites à la même heure et des analyses, qu'après une période d'oscillation comprenant les deux ou trois premiers jours qui suivent le retour à l'état normal, le taux de l'urée et des autres principes excrémentitiels redevient normal; quant au poids, le sujet reprend en moyenne 500 grammes par jour, ce dernier chiffre étant d'ailleurs variable suivant les individus.

La nutrition n'en reste pas moins très diminuée pendant l'état de mal comme pendant la période d'attaque des vingt-quatre heures, les excreta étant très inférieurs au taux normal, ainsi que nous allons le montrer immédiatement. Sans cela, il est probable que la perte de poids serait encore beaucoup plus considérable qu'elle ne l'est réellement.

L'étude des tableaux VIII et IX, et de la fig. 20 est des plus intéressantes.

A l'état normal, Hab... excrète 1,300 c. c. d'urine donnant 43 gr. 25 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 20 gr. 30 d'urée, 2 gr. 13 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0 gr. 63, et alcalins 1 gr. 50, donnant la proportion normale de 42 à 100.

Le 24 avril 1889, à onze heures du matin, débute l'état

de mal. Le volume tombe à 970 c. c., le résidu fixe à 35 gr. 40 pour 1,000 c. c., l'urée à 9 gr. 11, l'acide phosphorique total à 1 gr. 25 se décomposant en ter-

TABLEAU VIII.

Hab... *Premier état de mal hystérique à forme épileptoïde.*

DATES	NOMBRE D'ATTAQUES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	TEMPÉRATURE	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	rect.	
Du 24 au 25 avril 1889 de 11 h. à 11 heures.	8.729	970	35.40	9.11	0.627	0.627	1.25	38°,2	P. = 53 k. 500 le 24 avril. Total des attaques = 47.310; 5.913 en moyenne par jour. Le 1er mai, à 7 h. du s. cessation des attaques Poids au réveil — 49 k.
Du 25 au 26.....	11.357	400	34.10	9.20	0.54	0.78	1.32	37°,6	
Du 26 au 27.....	8.081	650	40	12.35	0.72	0.71	1.43	37°,6	
Du 27 au 28.....	5.382	980	35.25	12.60	0.67	0.90	1.57	37°,4	
Du 28 au 29.....	6.895	900	45	11.70	0.90	1.08	1.98	37°,6	
Du 29 au 30.....	6.061	1150	44	11.50	0.84	0.56	1.40	37°,6	
Du 30 au 1er mai....	4.624	1150	44	11.30	0.58	0.60	1.18	37°,6	
Du 1er au 2	1.293	1600	33	14 16	0.65	0.75	1.40	37°,6	
Du 2 au 3.....	»	2000	36	17.60	0.53	1.67	2.20	38°,4	État normal après l'état de mal.
Du 3 au 4.....	»	1100	37	13.20	0.48	1.15	1.63	37°,8	
Du 4 au 5.....	»	1450	35.10	12.32	0.41	1.07	1.48	37°,6	
Du 5 au 6.....	»	1100	42.09	19.05	0.70	1.40	2.10	37°,8	

TABLEAU IX

*Moyennes de l'état de mal hystérique à forme épileptoïde d'*Hab...

NOM		VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	Acide phosphor. TERREUX	Acide phosphor. ALCALIN	Acide phosphor. TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Hab... (salle Duchenne).	Ét. de mal	950	38.84	11.49	0.69	0.75	1.44	92 à 100	Du 24 avril au 2 mai 1889.
P = 53 k. 500.	Ét. normal	1300	43.25	20.30	0.63	1.50	2.13	42 à 100	Du 20 mars au 25 mars 1889.

reux 0 gr. 627 et alcalins 0 gr. 627, réalisant ainsi l'inversion de la formule.

Ce sont là les caractères les plus typiques de l'attaque hystérique ; et, à ne tenir compte que de la période des vingt-quatre heures, nous pouvons dire que l'attaque

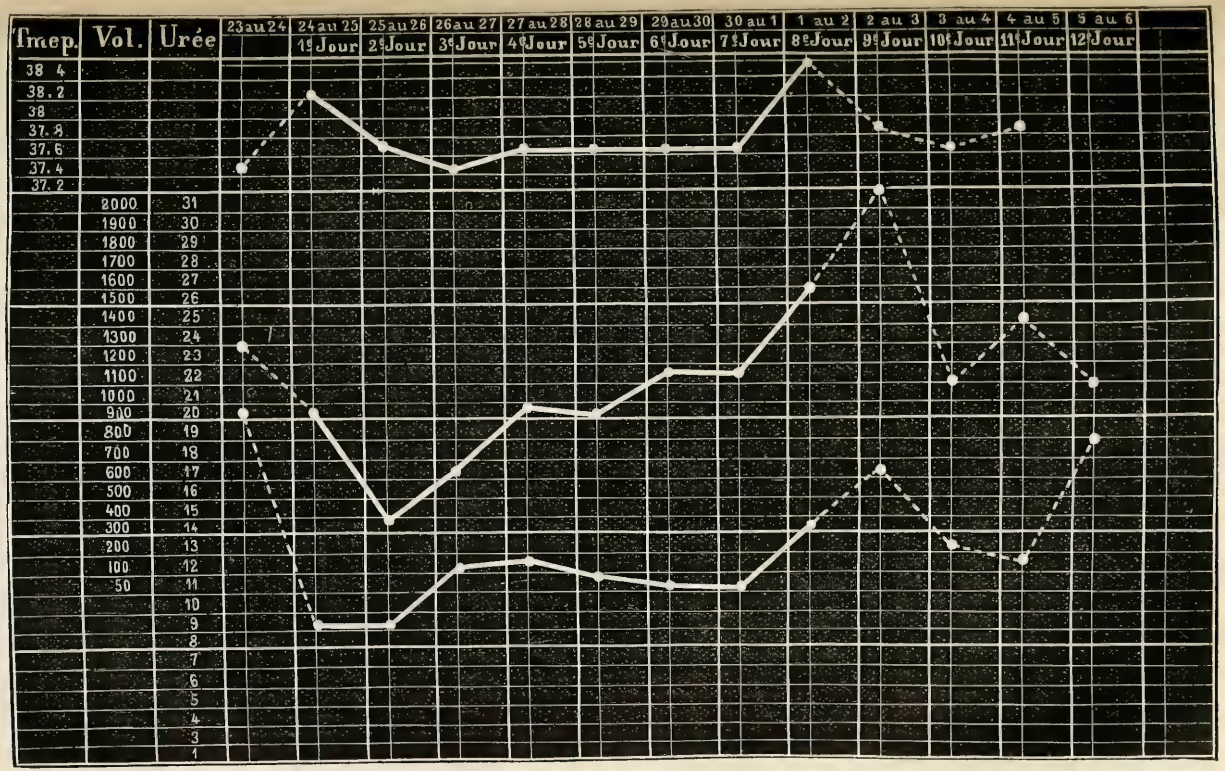


Fig. 20. — Le tracé supérieur se rapporte à la température; le moyen au volume de l'urine; l'inférieur à l'urée; les lignes pointillées se rapportent aux jours d'état normal; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

d'hystérie à forme épileptoïde se comporte absolument, au point de vue chimique, comme l'attaque d'hystérie la plus classiquement normale.

Puis les attaques succèdent aux attaques, et, pendant huit périodes de vingt-quatre heures consécutives, l'analyse donne toujours les mêmes résultats par rapport à la normale : diminution du volume, abaissement du résidu fixe, de l'urée, de l'acide phosphorique avec inversion caractéristique de la formule.

La moyenne de ces huit journées (tabl. IX) donne, en effet : 950 c. c. d'urine, 38 gr. 84 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 11 gr. 49 d'urée, 1 gr. 44 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0,69 et alcalins 0 gr. 75.

L'état de mal à forme épileptoïde n'est donc qu'une attaque d'hystérie prolongée, ce qu'il était permis de prévoir, mais ce qu'il n'était pas moins intéressant aussi de constater pour le plus grand bénéfice du diagnostic différentiel avec l'état de mal épileptique vrai.

A d'autres points de vue, le graphique (fig. 20) que fournit le tableau VIII prête encore à des considérations toutes particulières. Jusqu'ici, en effet, en présence d'un état de mal épileptoïde, — nous pourrions dire de n'importe quel état de mal, — le médecin interrogé sur la durée probable de ce paroxysme prolongé était bien forcé d'avouer qu'il n'avait aucun point de repère pour prédire le retour à l'état normal, le réveil en un mot. On savait, et encore, que, le jour qui précédait le réveil, les attaques étaient un peu moins fréquentes, les intervalles entre les séries d'attaques plus longs, la connaissance plus longtemps complète, l'appétit un peu meilleur, et c'était tout. De sorte que si l'état de mal durait huit jours, c'est à peine si le septième on pouvait prédire le réveil à brève échéance, ce qui, on l'avouera, n'était guère satisfaisant.

Il n'en est plus de même aujourd'hui, et, dès le deuxième ou troisième jour, on pourra prédire si l'état de mal doit être de longue ou de courte durée, et annoncer le réveil

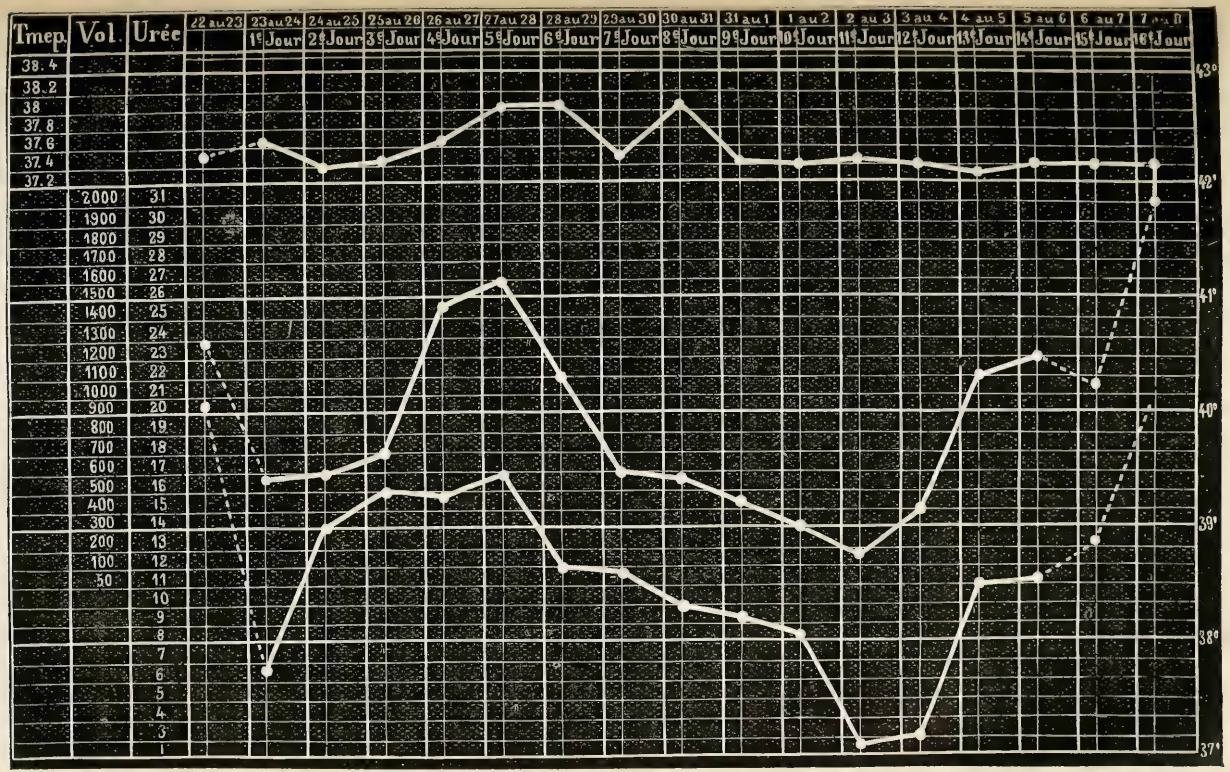


Fig. 21. — Le tracé supérieur se rapporte à la température ; le moyen au volume de l'urine ; l'inférieur à l'urée ; les lignes pointillées se rapportent aux jours d'état normal ; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

dès le milieu de l'accès lui-même, et cela en considérant simplement la courbe volumétrique.

Que voyons-nous, en effet, dans la figure 20, qui n'est cependant pas un schéma des plus caractéristiques, — en comparaison surtout de ceux que nous allons bientôt donner? — Une chute brusque : de 1,300 c. c., le volume de l'urine tombe à 970 c. c., puis à 400, remonte à 650, oscille entre 900 et 980 ; puis il s'élève à 1,150 pendant deux jours, et le réveil a lieu à 1,600 c. c.

En somme, chute brusque, plateau, puis relèvement coïncidant avec le réveil (1), caractères qui sont encore beaucoup plus accentués dans la première et dans la seconde partie de la figure 21, relative aussi à l'état de mal à forme épileptoïde.

L'urée et l'acide phosphorique — la première a seule été figurée sur le tracé — suivent sensiblement la marche du volume. A propos de l'acide phosphorique, nous tenons à faire remarquer combien l'inversion de la formule que nous avons signalée est chose importante. Le dernier jour du premier état de mal (tableau VIII), la malade excrète 1 gr. 40 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0,65 et alcalins 0,75, donnant le rapport très approximatif de 1 à 1. Le lendemain, l'acide phosphorique est remonté à 2 gr. 20 se décomposant en terreux 0,53 et alcalins 1,67, ce qui donne la proportion normale de 1 à 3, laquelle se continue les jours suivants.

Aussi, à ne considérer sur le tableau VIII que les colonnes consacrées à l'acide phosphorique, on peut très nettement séparer les jours qui appartiennent à l'état de mal hystérique de ceux qui appartiennent à l'état normal. Nous ne pouvions demander meilleure confirmation de nos recherches portant sur l'attaque bornée à la simple période des 24 heures.

(1) Nous montrerons bientôt que le relèvement de la courbe coïncidant avec le réveil est tout à fait indépendant de l'alimentation, qui pourrait à ce moment s'effectuer dans des conditions toutes différentes et bien meilleures que pendant l'état de mal. (G. T.)

Le lendemain du réveil, le volume de l'urine est encore plus élevé, puis survient une chute, et ensuite les oscillations ordinaires autour de la moyenne normale, qui dans l'espèce est de 1,300 c. c. Mêmes phénomènes en ce qui regarde l'urée : élévation, puis chute et oscillations autour du taux normal. Cette chute de l'urée, le deuxième et le troisième jour qui suivent le réveil, est intéressante à noter.

Dans tous les cas, dès le premier jour, l'assimilation devient très rapide, les malades mangent avec avidité et augmentent en poids de 500 gr. environ par vingt-quatre heures, pour rester stationnaires ensuite, lorsqu'il est atteint, autour du poids qu'ils présentaient avant le début de l'état de mal.

Peut-être nous reprochera-t-on de généraliser en nous inspirant uniquement de la seule variété d'état de mal étudiée jusqu'à présent. Aussi, sans crainte de redites ultérieures, ajouterons-nous que les conclusions que nous énonçons sont, ainsi qu'on en pourra juger par la suite, le résultat de 245 analyses portant sur 19 périodes d'état de mal de formes variées, et — ce qui augmente encore l'intérêt de notre proposition — comprenant huit sujets différents.

Dans l'état de mal à forme épileptoïde, l'excrétion urinaire a donc une marche particulière ; elle tombe bas dès le début de l'accès, reste stationnaire autour d'un taux très inférieur au taux normal, puis se relève pour aboutir au réveil, que l'on peut prédire à partir de la cessation du plateau ; il va sans dire que ce plateau est plus ou moins long suivant la durée de l'état de mal.

Mais à toute règle il y a des exceptions qui ne font que confirmer la règle.

Nous avons eu chez la même malade, H..., l'occasion d'observer un deuxième état de mal à forme épileptoïde, qui a duré quatorze jours, du 23 mai au 6 juin 1889 (tabl. X ; fig. 21). Dès le premier jour, chute brusque du volume, de l'urée, puis plateau et ascension en deux jours

qui nous faisait prévoir le réveil; l'état de mal devait être, pensions-nous, de courte durée.

Du 27 au 28 mai, le volume monte à 1,580 c. c.; l'urée est à 17 grammes. A notre grande surprise — car nos recherches sur les autres états de mal étaient alors termi-

TABLEAU X

Hab... *Deuxième état de mal à forme épileptoïde.*

DATES	NOMBRE D'ATTAQUES	VOLUME	URÉE	TEMPÉRATURE	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	rect.	
Du 23 au 24 mai 1889.... de 10 h. à 10 heures ...	7.982	580	6.60	37°,6	
Du 24 au 25.....	5.225	600	14	37°,4	P. = 53 k. le 23 mai.
Du 25 au 26.....	4.880	700	16.10	37°,4	Total des attaques = 117.572.
Du 26 au 27.....	10.707	1450	15.95	37°,6	8.383 en moyenne par jour.
Du 27 au 28.....	8.009	1580	17	38°	
Du 28 au 29.....	10.269	1100	12.15	38°	
Du 29 au 30.....	8.692	600	11.60	38°	
Du 30 au 31.....	13.687	580	9.91	37°,4	Dans la nuit du 5 au 6 juin, cessation des attaques.
Du 31 au 1er juin.....	8.968	430	9.10	38°	
Du 1 au 2.....	11.083	300	8.40	37°,4	Poids au réveil, 49 k. 890.
Du 2 au 3.....	6.591	150	1.42	37°,3	
Du 3 au 4.....	4.483	390	2.02	37°,4	
Du 4 au 5.....	6.340	1100	11.26	37°,3	
Du 5 au 6.....	656	1200	11.20	37°,2	État normal après l'état de mal.
Du 6 au 7.....	»	1024	13.10	37°,3	
Du 7 au 8.....	»	2030	21	37°,3	

nées et nous pensions pouvoir généraliser les résultats que nous avions obtenus — le réveil n'a pas lieu. Les attaques continuent : nouvelle chute du volume et de l'urée, plateau, puis relèvement à 1,200 gr. coïncidant avec le réveil, suivi des oscillations ordinaires autour du taux normal.

Nous avions assisté à un deuxième état de mal survenu sous une influence inconnue et faisant presque immédiatement suite au premier, mais l'analyse de la courbe du volume et de l'urée n'en restait pas moins caractéristique (1).

(1) L'examen du résidu fixe et des phosphates n'a pas été fait dans ce deuxième état de mal. Cet examen est un des derniers en date parmi les

En présence d'une courbe analogue à celle de la figure 21, devrait-on rejeter les conclusions que nous formulions au point de vue de la prévision de la durée de l'accès et du retour prochain à l'état normal en considérant la figure 20? Certainement non : il faudrait tenir compte, dans les prévisions, de la possibilité d'une rechute, d'un second état de mal faisant suite au premier, évoluant d'ailleurs d'une façon caractéristique, et voilà tout.

En effet, dans la fièvre typhoïde par exemple, l'observation a établi sur des bases irréfragables qu'il existe une courbe caractéristique de la température, permettant de préjuger presque à coup sûr la durée de la maladie et le retour plus ou moins prochain à la santé. La courbe de la température dans la dothiénentérie représente la courbe renversée du volume et de l'urée dans l'état de mal. Or, de ce qu'il existe des rechutes dans la fièvre typhoïde, les considérations spéciales qu'on peut tirer de l'étude de la courbe sont-elles pour cela infirmées? Certainement non, car dans cette rechute comme dans un second état de mal, la courbe reste toujours caractéristique. Comme nous l'avons dit, il faudra ne jamais oublier, dans les prévisions relatives au retour à l'état normal dans l'état de mal hystérique, qu'il peut survenir une rechute dont la courbe aura, du reste, des caractères qui permettront de prévoir la durée et la fin du deuxième accès.

En résumé, il résulte de nos recherches :

1° Que l'état de mal hystérique à forme épileptoïde est, au point de vue chimique, une attaque hystérique prolongée se caractérisant, comme l'attaque elle-même, par l'abaissement du volume, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion caractéristique de la formule de ces derniers ;

2° L'étude de la courbe fournie par le volume de l'urine

analyses des nombreux états de mal que nous avons faites et qui vont être rapportées : à ce titre et étant donnés les résultats antérieurement obtenus, nous avions cru pour une fois, pouvoir nous borner à l'étude du volume de l'urine et de l'urée. (G. T.)

et l'urée permet de prévoir la durée de l'état de mal et le retour à l'état normal ;

3° Malgré la diminution des échanges nutritifs indiquée par l'abaissement du volume, du taux du résidu fixe, de l'urée et des phosphates, l'amaigrissement n'a pas moins lieu dans des proportions qui, chez une femme de 53 kilog. observée en deux fois, pendant vingt-deux jours, a été en moyenne de 400 grammes par jour ;

4° L'état de mal terminé, le retour au poids normal paraît se faire immédiatement, dans des proportions journalières sensiblement égales, mais en sens inverse, à celles qui ont présidé à la perte de poids pendant l'état de mal. A ce dernier point de vue, il peut exister, on le comprend, des différences individuelles ;

5° L'augmentation progressive de poids est immédiate : le malade aussitôt réveillé se met à manger et à augmenter de poids. On n'observe pas de convalescence au point de vue chimique, ce qui, au point de vue clinique, avait été noté depuis longtemps et avec insistance par M. Charcot.

La comparaison entre les échanges nutritifs (tabl. XI) démontre nettement qu'il existe une différence radicale entre l'état de mal hystérique à forme épileptoïde et l'état de mal épileptique vrai.

*
* *

L'attaque d'hystérie bornée à la période épileptoïde peut non seulement simuler l'accès d'épilepsie, mais encore, dans certains cas, revêtir l'allure clinique de l'*épilepsie partielle* ou épilepsie Bravais-Jacksonnienne, du nom des deux auteurs qui en ont les premiers donné une bonne description.

C'est à MM. Ballet et Crespin (1) qu'on doit la connaissance de cette variété du paroxysme hystérique. Ils ont établi sa valeur symptomatique dans les cas où non seule-

(1) Ballet et Crespin, *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle*, 1884.

ment l'attaque reste isolée, mais encore lorsque le paroxysme se prolonge sous la forme d'un état de mal. Nous avons apporté avec M. Cathelineau (1) notre contribution à cette étude, sur laquelle M. Ballet est revenu dans un deuxième travail (2).

L'épilepsie partielle peut être *sensitive* ou *motrice*. Dans le premier cas il s'agit bien plutôt d'une aura sensitive prédominante que de convulsions à proprement parler :

Tableau XI

Comparaison entre l'état de mal épileptique et l'état de mal hystérique à forme épileptoïde.

NOMS.		VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1,000 C. C.	URÉE	Acide phosphorique			RAPPORTS	OBSERVATIONS
					TERREUX	ALCALIN	TOTAL		
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
R..... 50 ans.....	Ét. ordinaire.	»	»	15.33	0.42	0.90	1.32	47 à 100	État de mal épileptique (Mairet, tabl. LXXIX, p. 207).
	État de mal.	»	»	20.32	0.55	1.18	1.73	47 à 100	
Hab....., 35 ans, P. = 53 k. (salle Duchenne, de Boulogne).	Ét. ordinaire.	1300	43.25	20.30	0.63	1.50	2.13	42 à 100	État de mal hystérique à forme épileptoïde.
	État de mal.	600	38.84	11.49	0.69	0.75	1.44	92 à 100	

l'attaque est précédée par une sensation d'engourdissement, de faiblesse, qui débute par un membre. Celui-ci peut être en même temps le siège de troubles vaso-moteurs; les doigts présentent, par exemple, les phénomènes de l'asphyxie locale; puis cette sensation remonte jusqu'à la région cervicale, produit la strangulation; alors survient l'attaque, qui ne présente rien de particulier.

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie*, p. 101 et suiv.

(2) Ballet, *Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle (monospasme facial). Gazette des hôp.*, n° 82, 14 juillet 1891.

Nous n'insistons pas sur ces aura sensitives que nous avons déjà signalées en traitant de la grande attaque. Nous savons aussi qu'il existe des aura sensorielles : l'attaque à forme de migraine ophtalmique, de vertige de Ménière, sont remarquables à ce sujet.

Nous voulons surtout parler ici de l'épilepsie partielle motrice (1), dans laquelle, ainsi que l'indique son nom, les convulsions sont toujours, au moins au début de l'accès, limitées à un côté. Suivant la partie du corps où elles commencent à se montrer, la crise présente le type *brachial, crural* ou *facial*. Rappelons que dans le type brachial, par exemple, l'accès débute par des secousses dans les doigts ou dans l'avant-bras droit ou gauche. Celui-ci se fléchit sur le bras ou s'étend en supination forcée et se porte spasmodiquement en arrière; puis les convulsions toniques gagnent la face, le membre inférieur du même côté, et le malade a déjà perdu connaissance lorsque surviennent les convulsions cloniques qui, limitées à un côté, ne tardent pas à se généraliser dans la majorité des cas, enfin se montre le stertor. L'accès, à part la limitation des spasmes, ressemble tout à fait à celui du mal comitial vrai.

L'attaque d'hystérie est susceptible de revêtir toutes les formes de l'épilepsie partielle vraie; de plus le paroxysme peut se prolonger et les attaques en séries constituer un véritable état de mal, comme dans la première observation de MM. Ballet et Crespin qui, pour un

(1) H. Wissmann. *Een Geval van hysterie optredend als Jackson's Epilepsie. Geneesk. Tijsdcr. voor Nederl. Indïe,* t. XXIII, 2e part. p. 239, 1888. *Anal. in Neurolog. Centralb.* 1890, p. 571 (artilleur de 36 ans). — Schoenthal. *Zür symptomatologie den Gehirtumoren. Berl. kli. Woch.* n° 41, p. 956, 13 oct. 1890 (diagn. avec l'hystérie). — E. Noguès, *Hystérie à forme d'épilepsie partielle chez un jeune garçon. Midi médical,* Toulouse 3 et 10 déc. 1892. — Ghilarducci, *Contribution au diagnostic différentiel entre l'hystérie et les maladies organiques du cerveau. Arch. de Neurol.,* n° 72, nov. 1892 et n° 73, janv. 1893. (Quatre cas intéressants à divers points de vue.) — Bardol, *De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants.* Th. Paris, 1893, obs. VIII, p. 61. Fille de dix ans. — Grancher, *Hystérie ou tumeur cérébrale* (?) *chez l'enfant. Bull. méd.* n° 76, 1894.

état de mal de vingt-six jours, ont noté 21,708 accès.

Le diagnostic s'établira avec l'épilepsie partielle vraie sur des bases analogues à celles que nous avons exposées en traitant de l'attaque et de l'état de mal hystérique épileptoïdes : absence de morsure de la langue et d'évacuations involontaires; température normale dans l'état de mal, présence de zones hystérogènes et symptômes frustes représentatifs des autres périodes de la grande attaque.

Il ne faut pas croire cependant qu'on sera toujours guidé objectivement par des lambeaux de grands mouvements ou d'attitudes passionnelles. Écoutons à ce sujet M. Ballet (1) décrivant l'attaque d'épilepsie partielle hystérique à type facial et crural :

« Cette symptomatologie ressemble, à s'y méprendre, à celle qui serait produite par une lésion cérébrale excitant le centre moteur de la face, c'est-à-dire le pied des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droites.

« Cette variété d'attaque d'hystérie doit être bien connue, car, si on l'ignore, on est exposé à commettre de fâcheuses erreurs de diagnostic. Pour mon compte, j'en ai commis une dans les circonstances que voici : il s'agissait d'une malade que je soignais depuis quelque temps déjà pour des accidents hystériques. Elle fut prise, sous mes yeux, d'une série de crises d'épilepsie partielle débutant par la jambe. Je crus pendant vingt-quatre heures que j'avais affaire à une méningite tuberculeuse. Certaines particularités du cas rendaient vraisemblable cette supposition. Je ne tardai pas à m'apercevoir que j'avais à tort effrayé la famille et que j'étais en présence de simples crises d'hystérie. Si je signale le fait, c'est pour montrer à quel point se ressemblent les attaques dont je parle et celles qui sont dues à des lésions cérébrales. Notez qu'à l'époque où j'ai fait l'erreur que j'indique, je connaissais déjà parfaitement l'épilepsie partielle hystérique et j'avais déjà publié mon mémoire sur ce sujet.

(1) *Gaz. des hôp.*, 1891.

« Ce qui donne l'illusion dans les cas dont il s'agit, c'est que souvent toute l'attaque se borne à la phase épileptoïde. Il peut n'y avoir, pendant quelque temps du moins, aucune immixtion des autres phénomènes (grands mouvements, poses plastiques, hallucinations) qui accompagnent d'habitude les convulsions épileptiformes et en révèlent la nature hystérique. Cela tient, dans la plupart des cas, à ce que les crises, se succédant sans intervalles, empiètent les unes sur les autres, de façon que les diverses périodes constitutives de l'attaque complète n'ont pas le temps de se produire. On a affaire à un véritable état de mal, non pas épileptique, mais épileptiforme. »

Dans un autre cas du *type fémoral* relatif à un homme de quarante ans (manifestement hystérique), M. Glatz (1) disait également : « Les symptômes présentés par le malade sont donc absolument semblables à ceux qui caractérisent la crise d'épilepsie dite jacksonnienne. »

On sait aussi que l'accès d'épilepsie partielle vraie s'accompagne souvent de paralysie transitoire du membre qui a été le siège principal des convulsions. M. Ballet a observé le même fait dans l'épilepsie partielle hystérique.

Enfin, même en présence des stigmates les plus caractéristiques de la névrose, on pourrait encore hésiter, car après les remarquables leçons de M. Charcot (2) sur l'association de l'hystérie avec les affections organiques du système nerveux, il n'est pas défendu de concevoir l'existence d'un hystérique à stigmates présentant des accès d'épilepsie partielle symptomatique.

Dans ces cas, alors que se pose parfois la question de l'intervention chirurgicale par la trépanation, il importe, comme nous l'avons dit dans une communication faite au *Congrès de chirurgie* (3) tenu à Paris en 1892, de s'entourer

(1) Glatz, *L'hystérie peut-elle simuler l'épilepsie jacksonnienne? Lyon médical*, n° 26; 28 juin 1891, p. 286.

(2) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1887-1888, p. 423 et *passim*; 8e leç., 1888-1889.

(3) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *De l'utilité de l'examen des*

de tous les éléments d'appréciation susceptibles de favoriser la solution d'un problème aussi grave.

L'étude des échanges nutritifs va encore nous tirer d'embarras.

*
* *

A propos de l'épilepsie partielle vraie, nous avons dû,

Tableau XII

Comparaison entre l'épilepsie partielle symptomatique et l'épilepsie partielle hystérique.

NOMS		VOLUME	RÉSIDU FIXE pour 1000 c. c.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	Rapp. des ac. phosph.	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Conq..., 34 ans... 72 k.	État normal.	1450	45	23.15	0.66	1.87	2.53	37 à 100	Épilepsie partielle vraie symptomatique.
(salle Bouvier).	Accès.....	1700	49.20	61.20	1.07	2.48	3.55	43 à 100	
Thur.... 48 ans... 58 k.	État normal.	1200	43.60	19	0.49	1.46	1.95	35 à 100	
(salle Bouvier).	Accès.....	1260	53	22.80	0.65	1.75	2.40	37 à 100	
Blanch..., 29 ans.. 49 k.	État normal.	1080	45.20	19.50			2.17		Épilepsie partielle hystérique.
(salle Duchenne).	Attaque....	910	30.80	8.55			1.70		

avec M. Cathelineau (1), nous livrer à des recherches complémentaires de celles que nous avions trouvées dans les auteurs. M. Mairet ne parle pas de l'épilepsie partielle ; MM. Lépine et Jacquin ont étudié deux cas d'épilepsie partielle vraie (obs. 6 et 7), mais il ne leur a pas été donné d'observer une attaque complète avec perte de connais-

urines avant la trépanation pour épilepsie partielle] 6e Congrès franç. de chirurg., séance du 20 avril 1892.

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie*, p. 101 et suiv.

sance. Ces attaques, du reste, ne sont pas très communes, et certains malades restent souvent trois mois sans avoir autre chose que des secousses dans un membre.

Nous devons dire, en plus, qu'afin d'éviter le ralentissement nutritif qu'auraient pu causer le bromure de potassium ou les frictions mercurielles, ainsi que l'a indiqué M. Lépine, nos sujets étaient soumis, pour toute médication, à l'usage d'une solution étendue de chlorure de sodium.

C'est dans ces conditions que, parmi plusieurs malades, nous en avons surtout observé deux qui, à plusieurs reprises, nous ont offert le tableau de l'épilepsie partielle vraie la plus caractéristique. Chez le premier, l'accès commençait par le bras droit, gagnait la face, puis la jambe droite, s'accompagnant de morsure de la langue, de perte de connaissance et de convulsions généralisées. Chez le second, l'accès débutait par la jambe gauche, gagnait le bras, la face, avec morsure de la langue, et se terminait également par des convulsions généralisées.

Or, si l'on veut bien considérer le tableau XII, on verra que, chez tous les deux, l'accès d'épilepsie partielle élevait singulièrement le taux de tous les éléments constitutifs, au point, chez le premier, de tripler le poids de l'urée dans les vingt-quatre heures. Dans les deux cas, l'acide phosphorique total était augmenté, comme tous les autres éléments, sans inversion de la formule des acides terreux et alcalins.

L'accès d'épilepsie partielle vraie, comme l'accès d'épilepsie ordinaire, augmente donc le taux des éléments constitutifs de l'urine des vingt-quatre heures (1).

(1) Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un troisième cas qui nous a donné des résultats tout à fait concordants avec les précédents. Homme de 34 ans, poids 71 kilos, *syphilis;* épilepsie partielle débutant par le bras droit, gagnant la face, perte de connaissance. État normal (moy. de 4 analyses) : urines, vol. 1,200 c. c.; résidu fixe pour 1,000 c. c., 47 grammes; urée, 20 gr. 50; acide phosphorique total, 2 gr. 70, se décomposant en : alcalins, 1 gr. 95, et terreux 0 gr. 75, donnant le rapport normal de 40 à 100; le 8 décembre, accès de moyenne intensité : urines, vol. 1,300 c. c.,

A côté de ces deux cas, nous avons placé un exemple d'épilepsie partielle hystérique. La malade, indemne de syphilis, présentait au complet les stigmates caractéristiques de la névrose ; elle avait, de plus, indépendamment bien entendu, des accès convulsifs aux quatre périodes.

Du 16 au 17 juin 1888, elle eut une série d'attaques qui se comportèrent individuellement de la façon suivante : Subitement, sans aura, la bouche est tirée à droite, la tête se tourne du même côté, puis le bras droit se raidit, le poignet se porte en supination forcée, le membre inférieur droit se raidit à son tour, puis la raideur envahit les membres gauches. Surviennent alors quelques convulsions cloniques dans les quatre membres, bientôt suivies d'une période de stertor avec écume à la bouche ; la langue n'est pas mordue, il n'y a pas d'évacuation involontaire de l'urine. L'attaque dure ainsi deux à trois minutes au maximum. La perte de connaissance a été complète. Souvent les attaques se suivent par séries de cinq à dix et même plus ; dans un cas, la période de stertor ne fut marquée que par quelques ronflements, l'attaque en elle-même se trouvant ainsi de ce fait singulièrement abrégée. La malade eut ainsi trois cents attaques dans les vingt-quatre heures. Cette succession d'attaques nous permit en même temps d'étudier l'*état de mal* (limité à vingt-quatre heures) dans l'hystérie à forme d'épilepsie partielle. Pendant toute cette période, l'urine a été recueillie par sondages, afin d'éviter toute déperdition. La température rectale n'a pas dépassé le chiffre normal de 37°,8.

On voit, par ce qui précède, combien le diagnostic différentiel avec l'épilepsie partielle vraie était *cliniquement* difficile. L'analyse de l'urine nous permit de faire cette différenciation. En effet, alors que l'état normal donnait 1,080 c. c. d'urine, 45 gr. 20 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 19 gr. 50 d'urée, 2 gr. 17 d'acide phosphorique total, on

résidu fixe pour 1,000 c. c., 53 grammes ; urée, 31 grammes ; acide phosphorique total, 4 gr. 05, se décomposant en : alcalins, 2 gr. 80, et terreux 1 gr. 25, donnant le rapport normal de 43 à 100.

trouvait, pour la période d'attaque des vingt-quatre heures : 910 c. c. d'urine, 30 gr. 80 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 8 gr. 55 d'urée, 1 gr. 70 d'acide phosphorique total. A cette époque, nous ne connaissions pas encore l'inversion de la formule des acides phosphoriques ; la différenciation n'en fut donc pas faite, c'est un point qu'il ne faudrait pas négliger dans des analyses ultérieures.

En résumé, *l'attaque d'épilepsie partielle hystérique se juge par l'abaissement du taux de tous les éléments constitutifs de l'urine des vingt-quatre heures.*

Chimiquement, il est donc aussi facile de différencier l'accès d'épilepsie partielle symptomatique d'avec l'attaque d'épilepsie partielle hystérique que de différencier l'accès d'épilepsie ordinaire d'avec l'attaque d'hystérie convulsive aux quatre périodes (1).

Pareilles notions sont, nous le répétons, de la plus haute importance en clinique, aujourd'hui que la trépanation occupe une place prépondérante dans le traitement curatif de l'épilepsie partielle symptomatique. Connaissant les résultats que nous venons d'exposer, sachant la difficulté qu'il y a à différencier *de visu* l'accès d'épilepsie partielle symptomatique de l'attaque d'épilepsie partielle hystérique, on ne saurait s'entourer de trop de précautions, et, avant d'entreprendre une grave opération, il sera indispensable de faire l'analyse de la période d'accès des vingt-quatre heures, comparativement avec la période correspon-

(1) M. Ballet s'est servi avec succès de l'analyse des urines pour faire le diagnostic dans le cas rapporté dans son dernier mémoire (*Gaz. des hôp.*, 1891, *op. cit.*), où l'attaque débutait par la face. Il a obtenu des résultats identiques aux nôtres : toutefois l'inversion de la formule des phosphates faisait défaut : « Je dois ajouter, dit-il, que si l'hésitation persistait, l'analyse des urines recueillies à la suite de la période de crise fournirait un renseignement précieux. On sait (Gilles de la Tourette et Cathelineau) que l'urée est accrue à la suite des attaques épileptiques, diminuée au contraire dans l'état de mal hystérique. C'est ce que j'ai constaté chez la malade qui fait l'objet de cette présentation. En outre, signe de valeur, le chiffre des phosphates terreux tend à se rapprocher de celui des phosphates alcalins. Mais la chose n'est pas constante ; je ne l'ai pas notée dans le cas qui nous occupe. »

dante d'état normal. On évitera peut-être, de cette façon, bien des surprises désagréables.

*
* *

La prédominance des phénomènes de la deuxième période (contorsions et grands mouvements) constitue la variété de l'attaque hystérique à laquelle M. Charcot a donné le nom de *démoniaque*.

« Supposez, dit M. P. Richer (*op. cit.*, p. 196) une période dans laquelle tous les phénomènes les plus étranges, qui constituent ce que nous avons appelé le clownisme, se multiplient comme à plaisir. Joignez-y la fureur, les cris, la rage, les mouvements désordonnés que j'ai décrits, également parmi les signes de cette même seconde période. Prenez en outre tout ce qui, dans les autres périodes de l'attaque, présente un dehors plus ou moins extraordinaire ou est marqué par la prédominance de l'élément douloureux, comme les contractures généralisées de la fin ou quelques hallucinations horribles de la troisième période. Et vous aurez ainsi constitué une variété de l'attaque bien faite pour inspirer, suivant les temps, la crainte, l'horreur ou la commisération. Eh bien, ce n'est point là un type de fantaisie. Nous avons pu nous-même en observer des exemples. Ce sont elles que Marc... et Ler... appellent leurs *tortillements* et que M. Charcot a qualifiées de *démoniaques*. »

On peut donc caractériser l'attaque démoniaque en disant que tout ce qui prête à l'exagération dans les périodes normales est ici porté à son suprême degré. Déjà le tétanisme de la phase tonique de la première période amène une rigidité générale avec gonflement considérable du cou; les yeux roulent affreusement dans leur orbite, la langue est tirée hors de la bouche et va d'une commissure à l'autre, produisant avec les convulsions dont la face est le siège une horrible grimace (fig. 22).

Les convulsions cloniques de la période épileptoïde sont très étendues, c'est à peine si elles sont séparées des

attitudes illogiques et des grands mouvements de la deuxième période par un stertor toujours très passager.

La période de clownisme est surtout remarquable par la variété et l'imprévu, pour ainsi dire, de ses convulsions (fig. 23, 24). Ce sont les contorsions les plus bizarres, l'arc de cercle le plus exagéré, les talons touchant presque la tête. Les grands mouvements s'exécutent avec une violence effrayante. Le ou la malade, car cette forme s'observe dans les deux sexes, pousse de véritables hurlements,

Fig. 22. — Attaque démoniaque. (P. R.)

des aboiements, des cris aigus ou sourds : la figure convulsée respire la crainte et l'effroi. Le démoniaque déchire ses vêtements, s'arrache les cheveux, cherche à s'enfuir, frappe ceux qui veulent le retenir, se démène comme un véritable forcené.

« Les attitudes passionnelles, dit M. P. Richer, n'existent pas à proprement parler. L'hallucination peut survenir, mais la contracture qui persiste souvent gêne les mouvements de la malade. On la voit sourire, appeler un être imaginaire ou lui faire la grimace, lui cracher au visage pendant que ses membres sont diversement immobilisés par la contraction musculaire. Mais cette phase est

courte en général et manque parfois complètement. Alors la malade revient à elle, mais la contracture ne disparaît pas; des *crampes contournent ses membres* et lui arrachent des cris de douleur déchirants; elle supplie les assistants de la soulager.

« En résumé, on voit que ces sortes d'attaques sont

Fig. 23. — Attaque démoniaque. (P. R.)

particulièrement caractérisées par la *prédominance de la contracture douloureuse*, par le *développement des attitudes illogiques ou contorsions* qui leur donne l'aspect effrayant des anciens possédés; enfin, par la *persistance de la douleur*, dont l'acuité ramène promptement la connaissance et, en arrachant des cris affreux à la malade, imprime à toute l'attaque un cachet de souffrance tellement horrible que les assistants même les plus habitués ne peuvent se défendre d'une pénible émotion. »

Ces attaques ont généralement une longue durée ; lorsqu'elles se transforment en état de mal, celui-ci revêt souvent le caractère délirant ; nous en ferons l'étude complémentaire en traitant des attaques et des états de mal de délire hystérique.

Par l'impression même qu'elle cause aux assistants, on conçoit combien souvent l'attaque démoniaque peut sévir sous forme épidémique.

Fig. 24. — Attaque démoniaque.

C'est à certaines variétés de l'attaque démoniaque qu'il faut rapporter la chorée épidémique du moyen âge, les épidémies de possession qui régnèrent dans les couvents, en Allemagne et en France, au seizième et au dix-septième siècle ; les convulsionnaires de Saint-Médard en étaient tributaires, de même les *camp-meetings* et les *revivals* anglais et américains.

De nos jours, on a vu l'hystérie revêtir ce caractère objectif et épidémique chez les possédés de Morzines (1861) (1),

(1) Constans, *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie*. Paris, 1863.

de Verzegnis (1878) (1), de Plédran (1881) (2), de Jaca (1881) (3), de Wilbad (1890).

Ce sont ces faits qu'ont décrits Bouloese, Jean Wier, Pierre Delancre, Carré de Montgeron, pour ne citer que quelques auteurs anciens, et qu'ont figurés Raphaël, Déodat, Delmont, Hondius et Pierre Breughel, Francesco Vanni, et surtout avec la vérité la plus saisissante, Rubens et Jordaens.

C'est presque toujours des adultes hommes que ces artistes de génie ont représentés, apportant ainsi une précieuse contribution à la notion de l'hystérie masculine à travers les âges.

Le sujet est trop vaste, les faits trop nombreux et toujours semblables, pour que nous y insistions davantage. Nous ne saurions mieux faire, dans la circonstance, que de renvoyer le lecteur (outre les travaux qui ont été mentionnés particulièrement dans le premier chapitre) au livre si documentaire de Calmeil (4) et au remarquable ouvrage de MM. Charcot et Paul Richer (5), où abondent les documents écrits et figurés.

D'après la description même, on comprend combien il est facile d'établir le diagnostic d'un semblable paroxysme.

(1) Chiap et Franzolini, *L'epidemia d'istero-demonopathie in Verzegnis. Reggio nell' Emilia*, in-8°, 1879. — *Relazione finale sur la epidemia di istero-demonopathie in Verzegnis*. Udine, 22 janvier 1883. *Revue scientifique*, n° 11, 17 mars 1883.

(2) Baratoux, *Les possédés de Plédran* (sept enfants de la même famille). *Progrès médical*, 1881, p. 550.

(3) *El Siglo medico*, 11 septembre 1881, p. 584. Trad. du Dr P. Rodet *in Journal de médecine de Paris*, nos 23 et 24, 1881.

(4) *De la folie considérée sous le point de vue pathologique*, etc.

(5) *Les démoniaques dans l'art*, 1887.

CHAPITRE CINQUIÈME

DE LA CHORÉE RYTHMÉE ET DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES.

Considérations historiques sur la CHORÉE RYTHMÉE. — *Période ancienne :* Les monomanies épidémiques du moyen âge. — *Période moderne :* Germain Sée, 1850; Charcot; Pitres. — *Classification des spasmes rythmiques.* — Étiologie générale. Age; sexe. Causes occasionnelles. — Rapports avec l'attaque convulsive commune : forme paroxystique ; forme à allure chronique. — *Description :* Spasmes localisés; généralisés. — *Marche et évolution.* — Récidives. *Pronostic.*

Diagnostic. Considérations sur la *chorée arythmique hystérique.* — Chorée de Sydenham. — Maladie des tics convulsifs. — Chorée de Dubini. — Chorée électrique. — Paramyoclonus multiplex. — Chorée de Huntington.

La deuxième période de la grande attaque se juge, comme nous l'avons dit, par une série de grands mouvements : projection du corps en avant, mouvements de la tête, des bras et des jambes, qui dans leur expression générale offrent souvent, même au cours du paroxysme le plus ordinaire, un certain rythme, une cadence particulière.

De cette période on peut faire dériver une manifestation qui, elle aussi, affecte fréquemment le caractère paroxystique : nous voulons parler de la chorée rythmée et des spasmes rythmiques, qui sont autant de localisations de cette dernière.

La chorée rythmée joue un rôle considérable dans l'évolution historique de la névrose. Ses allures sont si spéciales, si saisissantes, que les relations qu'en ont données les auteurs dès le quatorzième siècle offrent une mine inépuisable pour le diagnostic rétrospectif de l'hystérie. Nous avons suffisamment insisté sur ces épidémies d'hystéro-

démonopathie à forme de chorée rythmée pour ne plus y revenir (1).

Il semble d'ailleurs que la danse de Saint-Guy, la *chorea major*, le fléau de la danse (*Tansplage*), et aussi l'*epilepsia saltatoria,* qu'on traduirait mieux aujourd'hui par le terme d'*hysteria saltatoria,* n'aient pas épuisé à travers les siècles leur caractère épidémique dû à l'ensemble si suggestif de leurs manifestations. En effet, nombreuses sont encore les épidémies modernes de chorée rythmée, et si presque toutes sévissent sur des enfants ou des adolescents, dans des pensionnats ou des ateliers, c'est qu'avec les progrès de la pensée humaine le temps n'est plus favorable aux démonopathies des adultes. Ceux-ci n'en restent pas moins sujets, mais à l'état isolé toutefois, aux spasmes rythmiques que nous allons décrire (2).

Si la comparaison entre les épidémies anciennes et les épidémies modernes ne laisse aucun doute sur l'identité des mêmes phénomènes observés à travers les âges et sur les tendances de la chorée à se manifester sous cette forme, il n'est pas moins nécessaire de serrer d'un peu plus près la question et de montrer comment se sont établies les notions précises que nous possédons aujourd'hui sur la chorée rythmée.

Calmeil est certainement l'auteur qui a le plus contribué à faire entrer dans le domaine de l'hystérie les manifestations démonopathiques à forme de chorée.

En 1850, Germain Sée (3) assignait à ces phénomènes

(1) Voy. t. I, ch. I. *Considérations historiques,* p. 8 et suiv. et fig. 4, 5, 6. Consulter en outre : Calmeil, *De la folie,* etc., t. II, p. 159-168, Paris, 1845. — Lannois, *Nosographie des chorées.* Th. agrég., Paris, 1886.

(2) Pour les épidémies récentes, consulter : Dorfmuller, *Hufeland's Journal,* t. LXV, p. 101. — Bougol, *Relation d'une épidémie à phénomènes hystéro-choréiques. Lyon médical,* t. LVII, 1884. — Wischmann. *Ein sogennante Veitstanz Epidemie in Wilbad. Deut. med. Wochens.,* nos 27 et 30, 1890 (vingt-six observations et une bonne bibliographie des épidémies de chorée). — Atgier, *La choréomanie épidémique au dix-neuvième siècle. Bull. de la Soc de méd. d'Angers,* 1er semestre 1891, p. 12.

(3) G. Sée, *De la chorée. Mémoires de l'Académie de médecine,* 1850, t. XIV.

rythmiques leur véritable signification nosographique. Dans son mémoire lu à l'Académie de médecine, il distingue nettement la chorée ordinaire, que nous appellerons avec Charcot chorée de Sydenham, dont les mouvements sont irréguliers, illogiques, d'une autre variété de chorée observée plus particulièrement chez les hystériques, dans laquelle les contractions musculaires ne sont plus contradictoires, mais bien au contraire régulières, synergiques et uniformes. En un mot, les mouvements sont *systématisés* dans un certain ordre et se reproduisent toujours chez le même sujet, avec le même caractère dans les parties du corps qui en sont affectées. C'est cet ensemble symptomatique qu'il appelle *chorée rythmée* ou *rythmique*, distinction qu'accepte Briquet (*op. cit.*, p. 434), sans toutefois en tirer grand profit pour la nosographie de la névrose.

Cette différenciation, qu'avaient déjà entrevue G.-E. Paget (1) et Roth (2), sans y attacher la même importance que Germain Sée, M. Charcot (3) l'accentuera encore en faisant pour ainsi dire sienne l'étude de la chorée rythmée, suivi dans cette voie par de nombreux auteurs, parmi lesquels il convient de citer particulièrement M. Pitres (4), qui, le premier, a donné des *spasmes rythmiques hystériques* une description synthétique du plus haut intérêt.

*
* *

« On désigne sous le nom de *spasmes rythmiques*, dit M. Pitres (*op. cit.*, p. 307), des convulsions généralement brusques et toujours conscientes provoquées par des

(1) G.-E. Paget, *Observations de mouvements rythmiques spasmodiques, Edimb. med. and surg. Journal*, janv. 1847, traduit *in Archives gén. de méd.*, 1847, t. XV, 4e série.

(2) Roth, *Histoire de la musculation irrésistible ou chorée anormale*. Paris, 1850.

(3) Charcot, *De la chorée rythmique hystérique. Progrès médical*, nos 6, 7, 1879. — *Leçons sur les maladies du système*, t. III, 1887. — *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I (particulièrement) et II, *passim*.

(4) Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. I, 1891, 24e, 25e, 26e, 27e leçons.

secousses musculaires qui, se répétant à des intervalles sensiblement égaux, donnent lieu à des mouvements involontaires se reproduisant eux-mêmes régulièrement et pendant un temps souvent fort long avec une cadence uniforme. »

M. Pitres fait remarquer avec juste raison que, si les spasmes rythmiques dépendent le plus souvent de l'hystérie, ils ne sont pas néanmoins toujours attribuables à la névrose. Aussi le diagnostic offrira-t-il fréquemment des incertitudes et des difficultés.

Ces spasmes se présentent cliniquement sous des aspects très variés. Pour la commodité de la description, M. Pitres les divise en trois groupes entre lesquels existent de nombreux points de contact :

« 1° Les spasmes rythmiques localisés, dans lesquels les secousses anormales limitées à un muscle ou à un groupe musculaire isolé déterminent des mouvements très simples de flexion, d'extension ou de rotation de la tête ou d'un membre ;

« 2° Les spasmes rythmiques systématisés ou chorées hystériques, dans lesquels les convulsions cadencées, intéressant à la fois plusieurs groupes musculaires symétriquement associés, impriment au tronc, à la tête et aux membres des mouvements coordonnés souvent très complexes. »

Enfin des spasmes rythmiques respiratoires dont nous nous occuperons ultérieurement.

« Tous les spasmes rythmiques hystériques, dit-il, appartiennent à une même famille naturelle : ils sont tous frères. » On peut ajouter de plus que certains d'entre eux, quoique *arythmiques*, doivent être rangés dans cette même famille ; de ce fait, commencerons-nous l'étude de la question par un exposé étiologique qui se rapportera à la fois à tous les spasmes, et si souvent nous employons, pour désigner ces phénomènes, le terme général de chorée rythmée, c'est qu'il a été adopté par l'usage et qu'il correspond d'ailleurs à l'ensemble symptomatique le plus saisissant de ces diverses manifestations.

*
* *

La chorée rythmée hystérique atteint les deux sexes, et cela dans des proportions qu'il nous est impossible de fixer, en l'absence d'une bonne statistique. Tout au plus pourrait-on dire qu'elle semble plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, ou mieux chez les fillettes que chez les garçons, car les adolescents y sont singulièrement plus sujets que les adultes.

Cependant elle est susceptible d'apparaître à tout âge : rare de huit à dix ans, se montrant surtout de douze à vingt, on peut la voir débuter à quarante-huit ans, comme chez une malade d'Horcholle (1), où le spasme rythmique affectait le membre supérieur gauche, se localisant particulièrement aux doigts.

Une remarque que l'on peut faire au point de vue de l'âge est que les cas de grande chorée rythmée, celle qui sévissait au moyen âge sous forme de démonopathies épidémiques, semblent surtout débuter après vingt ans, alors que les spasmes localisés, et nous ajouterons peu tenaces, sont de préférence l'apanage des adolescents. L'hystérie, nous aurons encore l'occasion de le démontrer, n'est pas une maladie qui toujours s'améliore en vieillissant.

Les *causes occasionnelles* sont variables suivant qu'il s'agit de spasmes rythmiques localisés ou de leur forme généralisée, la chorée rythmée.

Parfois un traumatisme détermine l'apparition du spasme ou fixe sa localisation. M. Pitres (*op. cit.*, p. 317) cite un cas de tic hystérique des muscles du cou chez un résinier des Landes qui portait constamment sur l'épaule gauche une lourde échelle. Ch. Bell (2) a vu survenir une chorée rotatoire de la tête à la suite d'un choc reçu sur la poitrine. Chez un autre malade qui présentait le même type

(1) Horcholle, *Contribution à l'étude de la chorée rythmée*, Th. Paris, 1888, obs. XII, p. 70.

(2) Cité par G.-E. Paget.

choréiforme, les accidents, dit Sutherland (1), se montrèrent après une blessure du pied par un clou.

On voit que le traumatisme agissait surtout dans ces deux derniers cas comme agent provocateur de l'émotion morale vive, que l'on retrouve presque toujours parmi les causes occasionnelles des accidents paroxystiques de l'hystérie. Nous avons observé, en 1894, à l'hôpital Cochin, un homme de trente-sept ans qui fut jeté, la nuit, par des malfaiteurs, par-dessus le pont de la Morgue. Il se retira à grand'peine tout meurtri de la Seine et ne quitta le lit que pour commencer une chorée rythmée généralisée qui, après une durée de dix-huit mois consécutifs, ne nous parut guère marcher vers la guérison.

Tout ce qui tend à affaiblir l'état moral ou physique des individus prédisposés est susceptible de faire apparaître les spasmes rythmiques. Hardy (2) cite un cas de chorée malléatoire survenue pendant la convalescence d'une pneumonie double ; un malade de Charcot (3) relevait d'une fièvre muqueuse.

Il est inutile d'insister sur le rôle que joue la *contagion nerveuse* dans le développement de ces accidents (4). Il suffit d'avoir vu quelques malades atteints de *chorea major*, pour concevoir la genèse des grandes épidémies du moyen âge et de celles qui de nos jours éclatent encore parfois parmi les jeunes filles ou les jeunes garçons, dans un pensionnat, un atelier ou une même famille.

C'est surtout au courant des épidémies qu'on voit les spasmes rythmiques être la première manifestation de la névrose, car lorsqu'elle naît en dehors de ces circonstances, bien souvent la chorée a été précédée d'autres manifestations hystériques soit paroxystiques, soit sous

(1) *Hysterical chorea. Journal of med. Sciences,* 1879, p. 398, 443.

(2) Hardy, *Chorée malléatoire chez une hystérique. Gaz. des hôp.*, 1880.

(3) *Leçons du mardi,* t. I, p. 388.

(4) Mader, *Hysterischer choreartige Krampfe entstanden durch psychischer Contagium ; rascher Heilung durch Isolirung. Berichts der K. K. Krankenhaus Rudolphi.* Sitzung in Wien (1890-1891), p. 295.

forme de stigmates permanents qu'il faudra, du reste, toujours s'empresser de rechercher pour la sécurité du diagnostic.

*
* *

La description des spasmes rythmiques et de la chorée rythmée n'est pas facile, étant donnée la grande variété de formes qu'ils affectent. De plus, ces formes, même les plus fixes chez un même individu, ont parfois des allures tellement particulières qu'une description ne rend qu'un compte très inexact de leur ensemble symptomatique.

Comme pour l'étiologie, on peut cependant reconnaître à ces spasmes, au point de vue qui nous occupe, des caractères communs de grande importance.

La chorée rythmée procède souvent par paroxysmes nés spontanément ou déterminés volontairement par la pression d'un point hystérogène ou mieux choréigène (1). Ces paroxysmes affectent les rapports les plus intimes avec l'attaque convulsive ordinaire, car la chorée rythmée, enseigne M. Charcot, n'est qu'une attaque hystérique transformée.

Aussi n'est-il pas rare de voir une attaque de chorée être précédée par les phénomènes de l'aura commune et se terminer par des pleurs, par un délire, ou brusquement se transformer en une véritable attaque convulsive.

Mais l'accès prend sa véritable caractéristique avec les grands mouvements de la deuxième période, qui revêtent alors une cadence, un rythme, qui ont valu à la chorée la qualification qu'on lui a donnée.

Considérons, par exemple, à ce point de vue, une observation de M. Charcot (2). Après une aura commune et quelques mouvements toniques et cloniques commence

(1) Charcot, *Progrès médical*, 9 février 1878. — Bourneville et Regnard, *Iconographie de la Salpêtrière*, t. II, p. 123.

(2) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, obs. de Floret. — Horcholle, *op. cit.*, obs. III.

la période des grands mouvements qui affectent l'allure de la chorée rythmée.

« Le tronc, dit-il, s'infléchit fortement sur le bassin, entraînant la tête, qui à son tour s'incline sur la poitrine, et il est un moment où le front ne s'éloigne guère de plus de cinquante centimètres du genou droit, qui dans ce temps-là est dans l'extension forcée ; puis, la tête et le tronc se redressent, décrivant une trajectoire qui figure un demi-cercle parcouru tout à l'heure en sens inverse dans le mouvement de flexion, si bien qu'au dernier terme le dos, puis l'occiput, retombent lourdement sur l'oreiller ; presque aussitôt le mouvement de flexion recommence, suivi bientôt du mouvement d'extension, et ainsi de suite. On dirait l'image d'une salutation profonde et répétée, rendue ridicule par sa répétition même, par son exagération.

« Remarquez que ces actes se reproduisent suivant un rythme très régulier. Aujourd'hui nous comptions de trente à quarante salutations par minute, hier et avant-hier, l'agitation étant plus grande, ils ont varié dans le même temps de quarante à quatre-vingts. En même temps les membres supérieur et inférieur s'étendent, puis se fléchissent alternativement suivant le même rythme. »

Chez cette malade, les accès qui empruntaient aux *salutations rythmées* leur caractéristique se succédaient sous forme d'un véritable *état de mal*, puisque M. Charcot ajoute : « Telle est la série de phénomènes qui, depuis une dizaine de jours, se reproduit d'une façon monotone avec une régularité presque mathématique sans cesse et sans trêve, nuit et jour, si ce n'est pendant les quelques heures où survient le sommeil. »

Briquet, qui connaît le mémoire de Germain Sée et place la chorée systématisée ou rythmique de cet auteur dans les « convulsions », a relaté un cas où les salutations, si l'on peut s'exprimer de telle façon dans la circonstance, s'effectuaient, pour ainsi dire, en sens inverse des précédentes.

Mlle de la B..., dit-il (*op. cit.*, p. 433), « fut prise de

convulsions hystériques dans lesquelles le membre inférieur en totalité était pris d'un mouvement dans lequel, après une flexion forcée, la pointe du pied venait toucher le front; ce mouvement, qui avait la régularité de celui d'un pendule, était incessant, durait sans répit toute la journée et ne cessait que pendant le sommeil; il était tellement énergique qu'il fallait garnir le front de linges pour éviter les contusions. Cet état affligeant durait depuis plusieurs années... »

Si nous avons rapporté cette dernière observation, ce n'est pas tant à cause de l'intérêt que présentaient les mouvements rythmés qu'au point de vue de leur évolution même. On remarquera, en effet, que la chorée n'affectait plus l'allure paroxystique du cas de Charcot : les spasmes rythmiques semblaient au moins s'être installés à l'état continu, permanent.

C'est, en effet, là un caractère de ces spasmes : la même variété chez un malade affectera une allure nettement paroxystique et chez un autre, au contraire, aura d'emblée des allures de chronicité.

Le malade, dont nous avons parlé, hystérique à stigmates, qui fut jeté par-dessus le pont de la Morgue, présente, depuis dix-huit mois, une chorée rythmique généralisée aux quatre membres et aux muscles de la face sans interventions paroxystiques; les mouvements ne cessent que pendant la nuit et se calment uniquement, sans disparaître complètement toutefois, sous l'influence d'une forte occupation psychique, telle que la lecture d'un livre intéressant, par exemple.

En réalité cet état n'a véritablement de chronique que l'apparence; même lorsqu'il dure déjà depuis plusieurs mois, il peut survenir spontanément des exaltations épisodiques de la manifestation rythmée; de même que, dans la majorité des cas, il est possible à l'observateur, par des manœuvres appropriées, de réveiller la tendance aux accidents paroxystiques qui sommeille chez presque tous les hystériques.

Une de nos malades, femme de trente ans, présentait, pour la deuxième fois, un état de chorée rythmée localisée aux membres inférieurs, qui constamment, sans trêve, exécutaient le simulacre de mettre en marche les deux pédales d'une machine à coudre. De ce fait elle restait au lit, ne paraissant pas trop incommodée par cette bizarre manifestation. Mais si on la plaçait dans la station debout, où elle se trouvait forcée d'exécuter une sorte de saut sur place (*chorée saltatoire*), au bout d'un certain temps de cette position incommode, l'agitation allait grandissant de plus en plus, la malade s'inquiétait, avait des sensations d'étouffement et demandait à toute force à s'asseoir. Cependant, ces phénomènes prémonitoires d'une crise n'allaient jamais jusqu'à l'attaque vraie, ce que nous eûmes souvent l'occasion de regretter, car, à la faveur d'un paroxysme convulsif, les mouvements rythmés eussent pu disparaître, alors qu'au moment de notre observation ils duraient déjà depuis deux mois et n'avaient aucune tendance à la rétrocession.

En résumé, on peut reconnaître dans l'évolution clinique des spasmes rythmiques et de la chorée rythmée :

1° Des paroxysmes dans lesquels les mouvements rythmiques ne font que remplacer les grands mouvements de l'attaque convulsive ordinaire. C'est une attaque modifiée, avec immixtion de phénomènes choréiques. La succession des accès peut transformer le paroxysme en véritable état de mal.

2° Des paroxysmes où les mouvements choréiques ont un rôle tellement prédominant que les phénomènes convulsifs s'effacent complètement devant eux.

3° Une forme à évolution pour ainsi dire chronique d'emblée dans laquelle le rythme et la cadence des mouvements indiquent seuls le caractère hystérique de la manifestation, uniquement au point de vue objectif, cela s'entend. Presque toujours, d'ailleurs, le sujet est porteur de stigmates permanents, bien que cependant les spasmes rythmiques puissent être une manifestation monosympto-

matique de l'hystérie (1) à l'instar de la toux hystérique, par exemple, avec laquelle ils peuvent alterner (2). Ce sont, du reste, des phénomènes de même ordre.

4° Enfin, nous verrons, en traitant du diagnostic, que la chorée hystérique peut être *arythmique* et simuler par là même la chorée de Sydenham.

*
* *

Négligeant cette dernière variété, nous devons maintenant compléter notre description.

Dans le premier groupe de M. Pitres, les spasmes rythmiques sont localisés à plusieurs muscles formant ensemble, ou à un seul muscle. Au plus faible degré, on a le *tic hystérique* dont cet auteur rapporte plusieurs exemples.

C'est d'abord un homme de quarante-sept ans, hémianesthésique gauche, porteur d'un tic de la face que M. Pitres décrit de la façon suivante (3) : « A des intervalles très réguliers, mais qui dépassent rarement une minute, tous les muscles du côté gauche du visage se contractent violemment et restent contractés pendant quelques secondes. Sous l'influence de ces contractions, l'œil gauche se ferme convulsivement en même temps que la bouche est fortement attirée en haut et en arrière. » Ces tics semblaient s'exalter sous forme de paroxysmes : « A certains moments, ajoute M. Pitres, sans cause connue, le tic devient beaucoup plus violent; pendant une heure ou une heure et demie, le malade ne cesse de grimacer, puis les contractions convulsives s'apaisent et, durant plusieurs heures, elles ne se produisent plus que toutes les minutes environ. »

L'absence de phénomènes douloureux jointe à la présence de stigmates permettait d'affirmer l'origine hystérique de ce tic. Nous avons cependant démontré, pour la

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 222.
(2) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, p. 252.
(3) Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. I, p. 320, obs. III.

première fois, que l'hystérie pouvait simuler à s'y méprendre le tic douloureux de la face. C'est un point sur lequel il nous semble inutile de revenir (1).

Chez une jeune fille de seize ans, présentant un rétrécissement concentrique du champ visuel, survint, après une frayeur, un spasme rythmique affectant particulièrement le muscle épicranien, et accessoirement les muscles auriculaires, par lesquels il avait débuté. Il existait une concordance remarquable entre le rythme du pouls et celui du spasme que M. Stembo (2), qui a observé la malade, n'hésite pas à ranger dans la catégorie des spasmes rythmés hystériques.

M. Pitres a rapporté (*op. cit.*, p. 317, obs. II) un cas de tic hystérique des muscles du cou. « Quand le malade est assis ou debout, dit-il, la face dirigée directement en avant, on voit à chaque instant son cou se gonfler et son menton se porter lentement, mais avec énergie, vers l'épaule gauche. Le peaucier, le sterno-mastoïdien et le trapèze du côté droit se contractent surtout avec force ; d'autres muscles du cou entrent également en activité, mais d'une façon moins énergique et moins évidente. » Ici encore, présence de stigmates et absence de phénomènes douloureux.

Folet (de Lille) (3) a donné l'observation d'une jeune fille qui, dès l'âge de quatorze ans, à la suite d'une frayeur très vive, fut sujette à des crises périodiques de spasmes rythmiques qui se renouvelaient tous les ans et duraient de cinq à quinze jours.

Dans chacune de ces crises, elle avait tous les jours plusieurs accès de quatre à cinq heures de durée, pendant lesquels des secousses convulsives du trapèze et des autres muscles élevateurs des omoplates, se répétant régulière-

(1) Voir t. I, p. 272 et *Soc. méd. des hôp.*, 2 mars 1894.

(2) Stembo, *Ein Fall von rythmischen Kraempfen im Gebiete der Musculus epicranius. Berl. klin. Woch,* n° 15, 9 avril 1894, p. 364.

(3) Folet, *Convulsions rythmiques des deux épaules de nature hystérique. Bulletin médical du Nord,* mars 1872.

ment de 75 à 150 fois par minute, provoquaient des haussements d'épaules tout à fait incommodes.

Les spasmes rythmiques, localisés plus particulièrement aux membres supérieurs ou inférieurs, affectent souvent, dit Charcot, l'allure de certains actes professionnels ou spécialisés.

Citons, en premier lieu, la chorée malléatoire, dans laquelle le bras droit ou les deux bras frappent le plan du lit, une région du corps ou un objet imaginaire, avec le rythme et la cadence du forgeron (*malleator*) qui tape sur son enclume. Dans un cas d'Itard (1), le spasme survenait au milieu d'un paroxysme convulsif. La malade se frappait alors le creux de l'estomac à coups de poing redoublés et si vigoureusement assénés qu'on pouvait l'entendre de la pièce voisine. L'accès, entremêlé de convulsions, durait ainsi de vingt-cinq minutes à deux heures.

Briquet (*op. cit.*, p. 431) a connu une jeune fille qui battait la mesure avec son bras droit en tenant toujours l'index tendu : c'était une élève musicienne.

D'autres fois, comme dans le fait personnel que nous signalions, les deux jambes s'agitent à la façon des personnes qui font marcher les pédales d'une machine à coudre ou d'un vélocipède ; ou encore les spasmes se généralisent aux quatre membres, et le sujet imite les mouvements d'un nageur (*chorée natatoire*).

Dans un cas de Cantani (2), une jeune femme hystérique, tous les soirs invariablement, quand les cloches de l'église sonnaient l'Angélus, se balançait d'avant en arrière sur sa chaise, pendant une heure, sans pouvoir s'arrêter (*spasmes oscillatoires* ou *pendulaires* de Pitres, spasmes *salutatoires* dont nous avons déjà parlé).

On pourrait ainsi multiplier à l'infini, en se basant sur leurs caractères objectifs, les variétés des spasmes ryth-

(1) Itard, *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix. Arch. gén. de médecine*, 1825.

(2) Cité par F. Galvagni, *Sull' spasmi ritmici localizati*. Bologne, 1880, p. 61.

miques que nous étudions. Mais il nous faut dire encore quelques mots de « certains *mouvements d'expression* tels, dit Charcot, que ceux de la danse, des danses de caractère en particulier » (*chorée saltatoire*).

Nous sommes là dans le vrai domaine de la chorée hystérique, de l'ancienne *epilepsia saltatoria*, de la danse de Saint-Guy, des choréomanies épidémiques du moyen âge. C'est ici encore et surtout que la description des mouvements devient difficile à préciser. Elle relève autant des professionnels de la danse que des observateurs médicaux.

Il nous souvient qu'un jour, à propos d'une malade de cet ordre, M. Charcot fit venir à la Salpêtrière M. Hansen, maître de ballet à l'Opéra. Celui-ci, invité à déterminer le tracé de cette ballerine d'un nouveau genre, dut s'avouer vaincu devant la complexité des mouvements. Nous ne saurions mieux faire d'ailleurs que de reproduire la description que M. Charcot a donné lui-même de la chorée saltatoire qui affectait cette hystérique.

Chez elle, la chorée se montrait sous forme de paroxysmes, qui étaient spontanés ou qu'on pouvait provoquer par une traction sur le bras droit ou par la percussion sur l'un ou l'autre des tendons rotuliens.

« Dans le cas où c'est le bras qui a été excité, dit Charcot (1), immédiatement ce bras part animé de mouvements cadencés, rapides, dans lesquels la malade semble battre des œufs. Puis elle fléchit ses doigts, en applique la pulpe contre le pouce et, élevant le bras, fait le geste de l'orateur qui démontre. De temps en temps, le membre supérieur tout entier est emporté dans de grands mouvements de circumduction. Les membres inférieurs s'agitent également à leur tour, et si la malade est debout et soutenue, elle danse alternativement sur chaque pied, imitant à peu près la bourrée ou les danses des Tziganes ou des Zingari d'Andalousie. Pendant toute la durée de l'attaque, la malade est complètement consciente et, fait remar-

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 218.

quable, quand on est placé près d'elle et qu'elle va exécuter un de ces grands mouvements qui pourrait avoir pour conséquence de frapper violemment la personne voisine, elle vous prévient de prendre garde, avant que le geste ait commencé. Il semble donc, fait important au point de vue psycho-physiologique, que l'acte soit précédé d'une représentation mentale qui avertit la malade de ce qui va se passer.

« Vous pouvez l'interroger pendant l'accès, elle vous répondra qu'elle ne souffre pas, qu'elle est seulement très fatiguée et incommodée par de violentes palpitations. De temps à autre, elle s'arrête, se repose pendant un moment; vous croyez que la crise est passée, mais non, tout recommence bientôt et les mêmes phases se reproduisent. La durée totale de l'accès varie entre une heure et deux heures. On la couche et tout est dit; quand elle se relève, elle est un peu fatiguée. »

*
* *

La *marche* et l'*évolution* des spasmes rythmiques et de la chorée rythmée, d'origine hystérique, sont variables. Elles diffèrent suivant l'âge du sujet et aussi suivant la cause qui leur a donné naissance. A ce dernier point de vue, en effet, il faut mettre pour ainsi dire hors cadre les mouvements choréiques nés, presque toujours chez des enfants ou des adolescents, sous l'influence de la contagion nerveuse. Ces accidents, comme beaucoup d'autres d'ailleurs développés dans les mêmes conditions, ne tardent pas à disparaître lorsque, par l'isolement, on a séparé les sujets les uns des autres et annihilé de ce fait cette sorte d'entraînement mutuel qui favorisait si singulièrement l'apparition et la persistance des mouvements choréiques.

En dehors de ces cas, on peut dire encore que les spasmes rythmiques localisés sont généralement moins tenaces que la chorée rythmée, qui est l'expression la plus profonde de cette détermination particulière de l'hystérie.

Tous ces faits se tiennent d'ailleurs, car il n'est pas rare de voir un spasme malléatoire se tranformer, par exemple, en des convulsions généralisées dans lesquelles prédominent le rythme et la cadence des mouvements de la deuxième période. Cependant les formes cliniques qu'affectent les spasmes rythmiques sont assez fixes dans leur expression symptomatique, bien qu'à la suite d'une grande crise choréique, ou mieux dans les intervalles des attaques, puissent persister, par exemple, des mouvements cadencés limités à un bras ou à un groupe musculaire.

Ce qu'il est permis d'affirmer en toute sécurité, c'est que la chorée rythmée indique une manifestation parfois grave et souvent très tenace de l'hystérie.

La malade de Briquet, dont nous avons parlé, qui se frappait le front « sans aucun répit toute la journée », fut en proie à cet « état affligeant pendant plusieurs années ». Il est vrai qu'elle guérit subitement à la suite d'une neuvaine, mais Briquet ne nous dit pas s'il y eut des *récidives*.

Celles-ci sont, en effet, très fréquentes. M. Charcot (1) cite le cas d'une jeune femme, d'origine polonaise, « dont les accès malléatoires du bras, revenant par crises d'une durée d'une à deux heures, plusieurs fois par jour, continuaient depuis sept ans ».

Une autre malade atteinte également de chorée rythmée du bras gauche, voyait ses accès récidiver depuis quatre ans sans qu'on pût en prévoir la terminaison; les mouvements, dans ce cas, offraient cette particularité de persister pendant le sommeil, phénomène rare, bien que Charcot ait pu le noter chez quelques autres malades de son service (2).

Enfin notre maître a donné l'observation d'une malade chez laquelle la chorée, revenant par intervalles, durait depuis plus de trente ans. « Seulement, dit-il (3), la ma-

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 218.
(2) *Leçons du mardi*, t. I, p. 388.
(3) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 221, obs. de Deb.

ladie s'est un peu améliorée dans ces derniers temps, en ce sens que les crises spontanées sont devenues extrêmement rares ; on ne lui en voit guère plus que de provoquées. Elle a aujourd'hui soixante-sept ans. La ménopause est depuis longtemps passée ; on ne doit plus compter sur elle, par conséquent, pour faire cesser les accidents.

« ..... Vous voyez par cet exemple, ajoute-t-il, que la chorée rythmée peut être dans certains cas une affection grave, non qu'elle menace directement la vie, mais parce qu'elle peut persister très longtemps et devenir une infirmité horriblement gênante, empêchant les malades de se livrer à aucune occupation et les obligeant à s'éloigner du monde, en raison de l'effroi qu'inspirent les attaques et du sentiment de répulsion dont ces malades se sentent l'objet. »

Donc, si l'étude des faits nous apprend que ces phénomènes sont susceptibles de disparaître brusquement, comme ils se sont montrés, sous l'influence d'une émotion vive ou de toute autre cause, nous savons aussi qu'ils peuvent persister pendant de longues années, soit à l'état paroxystique, soit à l'état permanent, entrecoupés par des rémissions, et que, dans tous les cas, le pronostic de semblables manifestations mérite d'être pris en sérieuse considération.

*
* *

Du fait même que le pronostic est souvent grave, il importe, aussitôt l'apparition des accidents, d'établir le diagnostic sur des bases solides, ce qui, nous allons le voir, ne va pas toujours sans difficulté.

Il ne faudrait pas d'abord confondre la chorée rythmée avec la chorée vulgaire, celle que M. Charcot, afin d'éviter toute confusion, a proposé d'appeler *chorée de Sydenham.*

Objectivement, il semble qu'il soit bien difficile d'établir une confusion entre les mouvements irréguliers,

arythmiques, de la chorée vulgaire et les spasmes rythmiques, cadencés, de la chorée hystérique.

Mais il faut savoir que parfois les manifestations hystériques peuvent prendre le masque de la chorée ordinaire et qu'encore une fois l'hystérie, cette grande simulatrice, est susceptible de donner naissance à de la pseudo-chorée type Sydenham, à cette forme que Dettling a, dans une bonne étude, dénommée *chorée arythmique hysterique* (1), après Debove (2), Joffroy (3), Séglas (4) et Perret (5).

Ceci nous conduit à dire quelques mots des rapports de la chorée de Sydenham et de la chorée hystérique.

On sait que l'on discute encore aujourd'hui sur la nature de la chorée vulgaire, les uns, avec Germain Sée et H. Roger, la considérant comme étant de nature rhumatismale, les autres, avec M. Joffroy et son élève Saric (*Thèse,* Paris, 1885), la tenant pour une névrose cérébro-spinale d'évolution. A côté se placent les faits observés par M. P. Marie (6) qui, sans se prononcer, dit-il, sur « la doctrine », a noté la coïncidence fréquente de l'ovarie dans la chorée de Sydenham, l'ovarie existant toujours du côté où les mouvements ont commencé à se montrer.

(1) Dettling, *De la chorée arythmique hystérique.* Th. de Lyon, 1892. En dehors de la bibliographie de Dettling voir : Duchateau, *De la nature de la chorée arythmique. Journ. des Sciences méd. de Lille,* n° 14, 1893. — S. W. Witchell, *Choreoid movements in an adult male probabily of hysterical origin, relationship to habitual chorea. Med. News.* Philadelphia, 1893, p 231. — Del Torto, *Corea aritmica sinistra, transferto dell' affezione a dextro col mezzo di un esteziogeno; guarigione per suggestione. Ipnotismo.* Florence, 1893, p. 80.

(2) Debove, *De l'hystérie simulant la chorée de Sydenham. Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, n° 27, 1890, p. 706.

(3) Joffroy, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 3 avril 1891, et Toché, *Hystérie et chorée de Sydenham.* Th. Paris, 1891, obs. I.

(4) Séglas, *Chorée de Sydenham et chorée rythmique chez un hystérique. Bull. de la soc. méd. des hôp.*, 16 avril 1891, p. 164.

(5) Perret, *Chorée et hystérie. Province médicale,* Lyon, 1891, t. I, p. 427, 441.

(6) P. Marie, *Note sur l'existence de l'ovarie dans la chorée de Sydenham. Progrès médical.* 1886, p. 39, n° 3.

Si M. P. Marie ne s'est pas prononcé, il n'en a pas été de même de M. Charcot, qui, à plusieurs reprises, a affirmé l'indépendance complète des deux affections. Il peut y avoir association morbide, mais rien de plus.

« Lorsque des symptômes anormaux se présentent dans l'évolution de la chorée (de Sydenham), dit-il, cela ne veut pas dire que la chorée se transforme. Qu'une choréique ait des accès hystériques, cela n'a rien d'extraordinaire ; les choréiques sont souvent ovariennes, elles ont souvent de l'anesthésie. C'est tout simplement qu'elles sont atteintes de deux maladies simultanées. Il n'y a pas fusion, mélange des deux névroses, il s'agit purement d'une combinaison, d'une superposition. Pourquoi ne voulez-vous pas que deux espèces morbides se rencontrent en activité l'une auprès de l'autre ? »

C'est cette opinion que nous adoptons ; c'est également celle dont Dettling s'est fait le défenseur en se basant sur l'analyse de 22 observations tant personnelles qu'empruntées à divers auteurs. Nous ne saurions mieux faire d'ailleurs que de reproduire son argumentation :

« L'hystérie, dit-il (*op. cit.*, p. 100), peut simuler les mouvements arythmiques et incoordonnés de la chorée vulgaire et produire alors une pseudo-chorée type Sydenham, à laquelle nous donnons le nom de chorée arythmique hystérique, mais il n'y a pas de chorée de Sydenham de nature hystérique ; c'est pour avoir confondu ces deux manifestations qu'on a été conduit à regarder la chorée vulgaire en général comme une modalité de l'hystérie. »

L'hystérie imprime à cette manifestation arythmique un cachet qui permet de la distinguer de la chorée de Sydenham :

« La chorée hystérique débute en général d'une manière brusque et présente d'emblée l'intensité qu'elle doit avoir pendant toute sa durée. Elle est escortée par les symptômes hystériques les plus variés : troubles de la sensibilité ou des organes des sens, modification des réflexes,

ovarie et points hystérogènes, modifications de l'intelligence et du caractère, crises d'hystérie. Quelquefois ces manifestations précèdent ou suivent la chorée et s'amendent presque complètement pendant son évolution ; d'autres fois il existe des points choréigènes ou phrénateurs coïncidant, en général, avec des zones hystérogènes et dont la compression modifie l'intensité des mouvements :

« Elle est exempte des complications qui peuvent survenir dans la chorée vulgaire, arthropathies, manifestations séreuses ou viscérales (1); elle est souvent peu intense, localisée à une moitié du corps, autant de considérations qui rendent son pronostic plus obscur que celui de la chorée de Sydenham.

« Elle dure de quelques jours à plusieurs mois; on ne saurait établir, comme pour tout ce qui touche à l'hystérie, une durée moyenne.

« Elle guérit toujours, spontanément quelquefois, ou bien elle peut disparaître brusquement sous l'influence d'une cause variable.

« Enfin ses récidives fréquentes lui constituent un autre caractère différentiel avec la chorée vulgaire. »

M. Dettling ajoute encore que, de même que la chorée rythmée, la chorée arythmique peut parfois être considérée comme une véritable attaque prolongée; de ce fait elle rentre dans l'hystérie paroxystique. On la rencontrerait presque exclusivement à l'âge de la puberté, à treize ans chez les filles, à dix-huit ans chez les garçons; elle serait surtout fréquente dans le sexe féminin.

Ce que nous venons de dire nous dispense d'insister sur le diagnostic différentiel à établir entre la chorée hystérique rythmée et surtout la chorée arythmique avec la chorée de Sydenham ou chorée vulgaire.

(1) Il faut cependant songer encore dans la circonstance à la possibilité des associations morbides : voir H. Mackenzie, *A case of hysterical chorea of four years duration wich was complicated with mitral stenosis; treatment by blistering, rapid and permanent cure. Med. Press and circular*, Londres, 1891, nouvelle série, p. 411, 651. (G. T.)

Les manifestations choréiques de l'hystérie pourraient encore être confondues avec la *maladie des tics convulsifs*, que nous avons sorti pour la première fois, en 1885, du groupe des chorées, avec lesquelles elle était jusqu'alors confondue (1).

On sait que, survenant particulièrement chez les enfants ou chez les adolescents, la maladie des tics se caractérise par des secousses musculaires brusques relativement coordonnées, souvent accompagnées de l'émission de bruits laryngés, sous forme d'écholalie ou de coprolalie. Lorsque ces bruits laryngés existent, le diagnostic devra surtout être fait avec les spasmes rythmiques respiratoires, dont nous donnerons plus loin la description.

Mais si, dans la maladie des tics, les mouvements sont coordonnés, ils sont loin toutefois d'affecter le rythme et la cadence des spasmes hystériques; si quelquefois ils s'exaltent sous forme d'accès, ceux-ci sont loin d'avoir le caractère paroxystique qui rapproche à un aussi haut degré la chorée rythmée des manifestations convulsives de l'hystérie.

Enfin, si la chorée rythmée est parfois une manifestation monosymptomatique de la névrose, il n'est pas moins vrai que le plus souvent elle s'accompagne d'autres phénomènes, de stigmates permanents, qui ne laisseront aucun doute sur la nature hystérique des accidents observés. N'oublions pas néanmoins que l'hystérie peut s'associer avec la maladie des tics convulsifs (2).

Cependant, même en dehors de ces cas, le diagnostic peut offrir de telles difficultés qu'il faille s'en rapporter à l'évolution différente des deux affections : la chorée rythmée étant souvent passagère alors que la maladie des

(1) Gilles de la Tourette, *Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice avec écholalie et coprolalie. Arch. de Neurologie*, 1885. — Catrou, *De la maladie des tics convulsifs*. Th. Paris, 1890.

(2) G. Guinon, *Tics convulsifs et hystérie. Revue de médecine*, 1887, p. 509.

tics évolue toujours d'une façon chronique d'emblée, sans tendance vers la guérison, sauf des rémissions pendant lesquelles les tics subsistent encore en partie, surtout dans les muscles de la face. Il importerait toutefois beaucoup d'être rapidement fixé, en présence du pronostic si peu comparable des deux manifestations.

Ce diagnostic dont nous venons d'établir les règles principales a tenté à diverses reprises, vu ses difficultés, plusieurs observateurs. M. Charcot y est revenu un certain nombre de fois, particulièrement dans ses *Leçons du mardi* (1). M. Chabbert (2) en a fait une bonne étude. Enfin, M. Grasset (3) a eu recours dans un cas douteux à l'analyse des urines qui, dans la circonstance, lui a permis de conclure à l'hystérie.

Nous avons démontré, en effet, avec M. Cathelineau (4), en nous basant sur l'étude de deux cas de chorée rythmée qui nous ont fourni vingt et une analyses, que cette variété du paroxysme est entièrement assimilable, sous le rapport des modifications des excreta urinaires, aux attaques convulsives les plus franches. Mais ces modifications ne se montrent que dans les formes de chorée qui affectent nettement une allure paroxystique, et de la description que nous avons donnée il ressort que certains spasmes rythmiques évoluent d'emblée d'une façon chronique.

Ce diagnostic, qui a tenté tant d'auteurs, a été repris en 1891 par M. Janowicz, qui, dans un travail très documenté (5), s'est efforcé non seulement de différencier la chorée rythmée de la maladie des tics, mais encore de

(1) Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, p. 123.

(2) Chabbert, *De la maladie des tics.* (Tics, chorée, hystérie ; diagnostic.) *Arch. de Neurologie*, t. XXV, janvier 1893, p. 10.

(3) Grasset, *Leçons sur un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches. Arch. de Neurol.*, 1890, t. XX, p. 27, 187.

(4) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie, op. cit.*, p. 40.

(5) Janowicz, *Tic convulsif des enfants ; paramyoclonus multiplex et chorée électrique.* Th. Paris, 1891.

deux autres manifestations morbides, la *chorée électrique* et le *paramyoclonus multiplex*.

Sous le nom de chorée électrique, Dubini (1) a décrit en 1845 une affection débutant par des douleurs dans la tête, la nuque ou les lombes, suivies bientôt de secousses semblables à celles que produiraient des décharges électriques. Rapidement, la maladie prend une allure grave : elle se terminerait par la mort, d'après Bianchi (2), dans 90 pour 100 des cas. Devant cette évolution, il n'y a donc pas lieu d'insister sur le diagnostic différentiel, d'autant que la chorée de Dubini est une affection qui paraît tellement rare, — en France tout au moins, — que nous ne sachions pas qu'on en ait jamais observé un cas à la Salpêtrière.

En 1864, Henning (3) a signalé pour la première fois l'existence d'une maladie, étudiée également en 1868 par Henoch (4), et à laquelle M. Bergeron, en 1880, a donné lui aussi le nom de *chorée électrique*, terme qui prête à confusion avec la chorée de Dubini, dont elle paraît différer cependant d'une façon essentielle.

On la trouvera décrite la *chorée de Bergeron*, dans les thèses inaugurales de MM. Berland (5) et Guertin (6); en Belgique, M. Tordeus (7) l'a dénommée *électrolepsie*.

M. Pitres (8), qui a fait la critique des observations de ces divers auteurs, est arrivé à cette conclusion que la chorée électrique de Bergeron n'est autre chose qu'une

(1) Dubini, *Giorn. di Milano* et *Gaz. méd. de Paris*, 1846.

(2) Bianchi, *La corea elettrica. Lo Sperimentale*, 1881, p. 385.

(3) Henning, *Traité des maladies des enfants*, 3e édit., 1864.

(4) Henoch, *Beitræge zur Kinderheilkande (neue Folge)* 1868, p. 113, et *Soc. de méd. de Berlin*, séance du 23 nov. 1883, in *Semaine médicale*, 6 déc. 1883.

(5) R. Berland, *Traitement par le tartre stibié d'une forme de chorée dite électrique*. Th. Paris, 1880.

(6) Guertin, *D'une névrose convulsive et rythmique déjà nommée : Forme de chorée dite électrique*. Th. Paris, 1881, n° 267.

(7) E. Tordeus, *De l'électrolepsie ou chorée électrique. Journ. de méd., de clinique et de pharmacologie de Bruxelles*, mars 1883, p. 209.

(8) *Leçons sur l'hystérie*, t. I, *op. cit.*, p. 316.

manifestation d'origine hystérique survenant particulièrement chez les enfants, une variété de spasmes rythmiques caractérisée par des mouvements involontaires, brusques, saccadés, siégeant isolément ou simultanément dans les muscles de la tête, du tronc ou des membres. « Dès lors, ajoute-t-il, il n'y a pas lieu de chercher des éléments de diagnostic différentiel — entre la chorée rythmée et la chorée électrique — puisqu'en réalité les deux affections se confondent en une seule. »

Cette opinion est également celle de M. Janowicz (1), qui ajoute que le nombre des cas de chorée électrique diminue d'année en année et que, durant les quatre ou cinq dernières, il n'a pu en trouver une seule observation à ajouter à celles dont il donne l'analyse dans son travail.

Si l'identité de la chorée électrique d'Henning et de Bergeron et de la chorée hystérique semble démontrée aujourd'hui, peut-être n'en est-il pas tout à fait de même de l'affection dénommée par Friedreich (2), en 1881, *paramyoclonus multiplex*, et qui a fait l'objet d'intéressants mémoires dus en particulier à MM. P. Marie (3), Ziehen, Vanlair, Lemoine et Lemaire (4).

Le paramyoclonus multiplex se rapproche beaucoup de certaines formes de chorée rythmée dans lesquelles les spasmes sont facilement provocables par la percussion des tendons. Dans le paramyoclonus, en effet, la percussion des tendons rotuliens, dont l'excitabilité réflexe serait presque toujours exagérée, produirait constamment les spasmes. On ne retrouverait pas les stigmates permanents de l'hystérie. Cependant M. Pitres et aussi M. Janowicz tendent à faire rentrer cette affection dans la névrose. Nous

(1) Janowicz, *op. cit.*, p. 68.

(2) Friedreich, *Virchow's Archiv.*, Bd LXXXVI, 1881, p. 421.

(3) P. Marie, *Paramyoclonus multiplex. Progrès médical*, 1886, p. 153, 241.

(4) Ziehen, *Ueber Myoclonus und Myoclonie. Arch. f. Psych.*, Bd XIX, p. 465. — Vanlair, *Des myoclonies rythmiques. Rev. de méd.*, janvier-février 1889. — Lemoine et Lemaire, *Étude clinique et séméiologique sur le paramyoclonus multiplex. Rev. de méd.*, décembre 1889, janvier 1890, etc.

ajouterons en outre que, d'après nos observations, ce n'est pas là une affection fréquente; enfin un certain nombre des cas publiés doivent être rapportés à la maladie des tics convulsifs. L'autonomie du paramyoclonus multiplex est donc fort loin d'être complètement démontrée aujourd'hui.

M. Audry (1) pense que les manifestations choréiques de l'hystérie peuvent revêtir parfois le masque de l'*athétose double*. Toutefois, il ne connaît qu'une observation de cet ordre, publiée par Wiszwianski (2), et le diagnostic différentiel, dans ces cas, paraît présenter assez peu d'importance pour que M. Michaïlowski (3), dans son important travail fait à la Salpêtrière, n'ait pas songé à se préoccuper de ce point particulier.

Nous avons dit que parfois la chorée rythmée affectait d'emblée une allure chronique non paroxystique, et nous signalions à ce propos le fait d'un homme de trente-six ans, atteint depuis dix-huit mois de cette manifestation hystérique, que nous avions observé à l'hôpital Cochin. Ceci pourrait nous conduire à différencier cette forme de chorée hystérique d'avec la chorée chronique vraie de l'adulte, — car elle est exceptionnelle chez les enfants, — ou chorée de Huntington.

Mais M. Huet (4), dans sa thèse inaugurale, faite dans le service de M, Charcot, ne pense pas que le diagnostic puisse jamais offrir de grandes difficultés. « La chorée hystérique, dit-il, *chorea major*, chorée rythmique, ne présente de commun, avec l'affection que nous étudions ici, que le nom. La confusion entre ces deux espèces de chorées est impossible ; en effet, la chorée hystérique se montre le plus souvent par accès..; au lieu de revenir par

(1) Audry, *L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance*. Paris, 1892, p. 251.

(2) Wiszwianski, *Beiträge zu der Lehre von der Athetose mit besonderer Berücksichtigung irhes Verhältnisses zu der Chorea und anderen hemiplegischen Bewegungstörungen. Inaug. Dissert.*, Würzbourg, 1889.

(3) Michailowski, *Étude clinique de l'athétose double. Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, p. 57, 185, 251, 292; 1892, et Thèse Paris, 1892.

(4) Huet, *De la chorée chronique*. Thèse Paris, 1889, p. 193.

accès, elle peut aussi exister d'une façon continue en présentant par moments des exacerbations, mais les caractères des mouvements restent toujours les mêmes ; ils sont rythmés et systématisés. »

Cela est certain, mais il n'est pas moins vrai aussi que chez les adultes en particulier, de même d'ailleurs que chez les enfants pour la maladie des tics et la chorée de Sydenham, on sera bien heureux dans certains cas de rencontrer des stigmates permanents pour corroborer le diagnostic, car l'hystérie est une simulatrice parfois si parfaite qu'elle peut tromper même l'observateur le plus expérimenté.

CHAPITRE SIXIÈME

DE L'ATTAQUE ET DE L'ÉTAT DE MAL DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE

Considérations historiques. — Observations anciennes. — Vésale; Ambroise Paré; Ch. Lepois; Sydenham. — Louyer-Villermay; Pfendler; Landouzy; Briquet.

Période actuelle. — Charcot; Bourneville et Regnard; P. Richer; Pitres; Debove; Gilles de la Tourette; Achard; Parmentier; Lowenfeld, etc.

Fréquence comparative des attaques de sommeil. — Sexe. — *Causes provocatrices.* — Modes de début. — Aura.

Description des attaques et de l'état de mal. — Aspect du sujet. — Étude du pouls, de la respiration, de la température. — État mental : hallucinations. — *Grands mouvements : salutations.* — Durée. — Récidives. — Terminaisons. — Pronostic.

Étude de l'alimentation et des échanges nutritifs. — Gilles de la Tourette et Cathelineau.

Diagnostic. — Apoplexie d'origine organique avec ou sans hémiplégie. — *Narcolepsie.* — Mélancolie cataleptiforme avec stupeur. — *Catatonie.* — *Mort apparente et mort réelle.* — *Rapports entre la léthargie hystérique et la léthargie hypnotique.*

Considérations médico-légales. — Le viol dans l'attaque de sommeil hystérique. — P. Brouardel. — Gilles de la Tourette.

La variété de l'attaque et de l'état de mal hystérique que nous allons maintenant décrire pourrait prendre place, par rapport aux phénomènes du paroxysme-type, entre la première et la deuxième période, car elle n'est, en somme, que l'exagération de la *phase de résolution musculaire* qui termine la phase clonique de la première période. A ce titre, elle eût dû être étudiée avant l'attaque démoniaque, par exemple, qui dépend de la deuxième période dite des grands mouvements. Mais nous n'avons pas voulu scinder la description des variétés que nous avons dénommées « par prédominance de l'élément convulsif ».

L'attaque de sommeil a attiré de tout temps l'attention

des observateurs. C'est à elle qu'il faut rapporter les morts apparentes et les résurrections miraculeuses dont le nombre n'est aussi grand dans la littérature que par ce fait que leur singularité même les empêchait de passer inaperçues. « Si l'on s'en rapportait, dit Briquet (*op. cit.*, p. 414), à Galien, qui parle beaucoup plus des attaques soporeuses que des attaques convulsives, on serait porté à croire que les attaques desquelles il va être question étaient à son époque les plus fréquentes de toutes. Mais cet auteur dogmatique avait à soutenir sa théorie, qui faisait des affections hystériques des maladies froides dont la cause première, le sperme, liqueur censée froide, ne pouvait produire par sa rétention dans l'économie que des maladies ayant la même qualité que lui. Arétée parle aussi de l'état de mort apparente comme d'un fait ordinaire. »

Pline avait dit : « Fæminaram sexus videtur maximè opportunus conversioni vulvæ, quæ si corrigatur spiritus restituitur. Hàc pertinet nobile illud apud Græcos volumen Heraclidis, septem diebus fæminæ exanimis, ad vitam revocatæ. »

« Tout le monde, ajoute Briquet, connaît l'histoire arrivée à Apollonius de Thyane. Ce personnage, qui affectait d'être doué d'un pouvoir surnaturel, se trouva, dit-on, rencontrer par hasard le convoi d'une jeune personne qu'on menait en terre. Il fit arrêter le convoi, fit découvrir la prétendue morte et, s'apercevant en touchant le corps que ce n'était qu'une léthargie, il en opéra la résurrection au grand étonnement des assistants. »

On pourrait évidemment discuter sur ces cas anciens ; mais que dire du suivant emprunté à Ambroise Paré :

« Un grand anatomiste, je dy grand et célèbre, duquel les livres réparent aujourd'huy les estudes des hommes doctes, lequel estant pour lors résidant en Espagne, fut mandé pour ouvrir une femme de maison qu'on estimoit estre morte par une suffocation de matrice. Le deuxiesme coup de rasoir qu'il luy donna, commença la dite femme à se mouvoir et démonstrer par autres signes qu'elle vivoit

encore, dont tous les assistants furent grandement estonnez ; je laisse à penser au lecteur comme ce bon seigneur faisant cest œuvre, fut en perplexité, et comme on cria *Tolle* après luy, tellement que tout ce qu'il peut faire fut de s'absenter du pays ; car ceux qui le devoyent excuser, c'estoyent ceux qui luy couroyent sus : et estant exilé, tost après mourut de desplaisir : qui n'a esté sans une grande perte pour la république (1) » ?

La lecture de cette observation, dans laquelle l'illustre chirurgien prend si chaudement le parti d'André Vésale, ne permet pas un seul instant de douter que le célèbre anatomiste eût l'infortune de se trouver en présence d'un cas de coma hystérique, d'une *attaque de sommeil,* comme nous dirions aujourd'hui.

A la vérité, il existe, ainsi que nous le verrons, des états pathologiques presque semblables aux précédents, nés en dehors de l'hystérie, mais A. Paré a bien soin de spécifier que la femme était morte, — on le croyait tout au moins, — d'une « suffocation de matrice » et la valeur qu'on attribuait alors à cette expression tout historique est plus que suffisante pour corroborer un diagnostic rétrospectif.

On s'exagérait, du reste, singulièrement alors le rôle de l'utérus dans la production des phénomènes hystériques, et A. Paré, nourri de la littérature ancienne, adoptait encore les opinions de Platon, les traduisant ainsi qu'il suit : « Et si les dites vapeurs (de la matrice) montent jusqu'au cerveau, causent *épilepsie, catalepsie* (qui est quand tout le corps demeure roide et froid et en mesme figure qu'il est au-paravant que tomber en tel mal, les yeux ouverts, sans voir et sans ouïr), *léthargie, apoplexie,* et souvent la mort (2). »

Comment, du reste, méconnaître l'hystérie lorsqu'il

(1) *Les OEuvres d'A. Paré,* Paris, 1607, liv. XXIV, ch. LIV, p. 976. *Les signes pour cognoistre si une femme est morte ou non par une suffocation de matrice.*

(2) *Loc. cit.,* ch. LII, p. 975. *De la suffocation de la matrice.*

ajoute : « Mais il n'y a rien de plus admirable, qu'à quelques-unes cette affection (la suffocation de matrice) commence par un ris, à autres par pleurs, à autres par tous deux ensemble. A ce propos, M. Holier raconte que les deux filles du Président de Roüen, qui estoit de son temps, lorsqu'elles commençoient à entrer en paroxysme de ce mal, estoyent surprises d'un ris qui leur duroit une et deux heures, lesquelles on ne pouvoit arrester ny par leur faire peur et terreur, ny par honte et admonitions, de sorte que, tancées par leurs parents, respondoyent n'estre en leur puissance de se garder de rire. Autres tombent en extase qui est un esvanouissement ou ravissement des esprits, comme si l'âme estoit séparée du corps. Autres disent que c'est un *sommeil* par lequel les facultés et puissances de l'âme sont ensevelies, en sorte qu'il semble que l'on soit mort. »

Léthargie, *apoplexie, mort apparente, évanouissement*, *sommeil*, nous retrouvons là les termes employés tour à tour par les auteurs modernes pour désigner les attaques que nous allons décrire.

Les auteurs qui, jusqu'au dix-neuvième siècle, suivirent A. Paré, publièrent à la vérité des observations de sommeil hystérique, mais nul mieux que lui ne sut les rapporter à leur véritable cause. On en trouve, en effet, de nombreux exemples dans les relations de ces épidémies de démonopathie qui désolèrent le seizième et le dix-septième siècle, ainsi que le prouvent les extraits suivants que nous empruntons avec P. Richer (thèse, 1879) à Mathieu (1) :

« Catherine de Naguille, dit Delancre (2), et sa compagne, nous assurent qu'elles avaient été au sabbat en plein midi, et que c'était dans l'église, où elles étaient *endormies,* que cela leur était arrivé.

« Jeannette d'Abadie en dit autant ; elle avait passé plusieurs nuits à l'église et *s'endormait* pendant la messe à Sibore ; c'est alors qu'elle fut menée au sabbat.

(1) Mathieu, *Etudes cliniques sur les maladies des femmes,* 1847, p. 197.
(2) Delancre, *Tableau de l'inconstance des démons,* liv. II.

« Bodin (1) raconte ce fait important : « Je tiens du président de la Tourette qu'il a vu, en Dauphiné, une sorcière qui depuis fut brûlée vive pendant qu'elle était en extase. Elle n'entendait rien, ne sentait rien. Son maître la frappait à coups de verge, et, pour savoir si elle était morte, on lui fit mettre le feu aux parties les plus sensibles ; elle ne s'éveilla pas. *On la crut morte* et on l'abandonna ; le lendemain on la trouva couchée dans son lit. »

Voici ce que rapporte dom Calmet (2) :

« On lit dans le *Marteau des Sorciers* qu'une femme s'alla dénoncer aux inquisiteurs, leur disant qu'elle était sorcière et qu'on avait beau l'enfermer, que le diable l'emmenait au sabbat. On l'enferma dans une chambre ; aussitôt elle se coucha et *parut morte ;* on la remua, elle ne le sentit point ; on lui approcha du pied une chandelle avec laquelle on la brûla sans qu'elle le sentît. Quand elle se réveilla, elle donna des nouvelles du sabbat ; elle accusa alors une grande douleur au pied, sans pouvoir dire d'où cela lui venait. »

Les attaques de sommeil n'ont pas échappé à Charles Lepois (Carolus Piso) (3), qui a émis des vues si justes sur l'hystérie. « Et in famosa illa viragine galla Maturina quæ pro mortua medicis etiam habita, hujus lapidis primo olfacta è lecto restituta, alacris extemplo præter spem ad mensam aleamque cucurrit. »

Et il raconte plus loin (obs. 26) qu'une religieuse hystérique, qui prenait les eaux de Plombières, eut une attaque de léthargie si forte qu'elle passa pour morte. On l'ensevelit, et, si elle ne s'était pas réveillée avant l'enterrement, elle eût certainement été mise en terre toute vivante.

Enfin, nous trouvons ce qui suit dans l'autobiographie de Sœur Jeanne des Anges (*op. cit.*) : « Peu de temps après, j'entray dans un grand *assoupissement* avec de

(1) Bodin, *Démonomanie*, liv. II, ch. v.

(2) Dom Calmet, *De l'apparition des esprits*, ch. xiv.

(3) *Caroli Pisonis selectionum et observationum, etc.*, sect. II, p. 2, cap. vii, 1618.

grandes inquiétudes : je sentois à toute heure comme si un animal eût couru dans mon lit et m'eust touchée en diverses parties du corps. Cela dura près d'une heure sans que je pusse me retirer de cet *assoupissement.* »

Ajoutons encore que Sydenham a nettement observé une des variétés de l'attaque de sommeil dont nous aurons à parler : « Quand cette maladie (l'hystérie), attaque le cerveau, dit-il (1), elle produit quelquefois une apoplexie entièrement semblable à l'apoplexie ordinaire, et qui se termine de même par une hémiplégie. »

Il serait facile de multiplier les citations; nous renvoyons au *Traité de pathologie interne*, de Frank (2), où l'on trouvera une longue bibliographie concernant les faits analogues relatés dans les différents ouvrages parus au dix-huitième siècle.

*
* *

Pendant la première moitié du siècle, deux auteurs ont surtout contribué à éclaircir la symptomatologie des phénomènes que nous étudions; nous avons nommé Louyer-Villermay et Landouzy, auxquels nous ajouterons Pfendler (de Vienne) dont la thèse (3), soutenue devant la Faculté de Paris, est remplie de faits intéressants pour nous, quoique le plus souvent interprétés d'une façon insuffisante et très peu scientifique.

Louyer-Villermay (4) place les attaques d'apoplexie hystérique dans sa troisième classe, de toutes la plus grave. « A l'agitation nerveuse la plus intense, dit-il, aux convul-

(1) Trad. Jault, *op. cit.*, t. II, p. 477.

(2) « Les annales de la science, dit cet auteur, sans parler des autres (ainsi l'*Histoire ecclésiastique de Nicéphore*, liv. XIX, ch. xlv, contient le récit d'un sommeil qui ne dura pas moins de 37 ans) contiennent des exemples où le sommeil a duré, 24, 30, 40, 47, 49 jours; 2, 4, 6, 18 mois, 4 ans et plus. Quelques-uns étaient périodiques, les autres continus », t. III, ch. vi, p. 28, Paris, 1838, art. *Cataphora.*

(3) Pfendler, *Quelques observations pour servir à l'histoire de la léthargie.* Th. Paris, 1833, n° 309.

(4) Louyer-Villermay, *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et de l'hypocondrie,* 1816, t. I, p. 64.

sions les plus violentes, succède le trouble le plus effrayant de la respiration et de la circulation; tout fait craindre une congestion cérébrale, une sorte d'apoplexie hystérique; d'autres fois les malades tombent dans une espèce de collapsus. Les fonctions du cœur et des poumons paraissent suspendues; le pouls est insensible et la chaleur animale semble entièrement éteinte; les malades sont froides, pâles, insensibles, immobiles et restent dans un état plus ou moins prolongé de mort apparente qui peut se terminer par l'extinction totale de la vie. »

Suivent des observations personnelles caractéristiques auxquelles nous ajouterons des cas analogues publiés par Forestus dont, au point de vue doctrinal, Louyer-Villermay est le continuateur (1).

Les précédentes observations sont soigneusement relevées par Landouzy, qui, dans son *Traité complet de l'hystérie* (1846), décrit les attaques de sommeil sous la rubrique de « *Perte de connaissance. — Syncopes* ». Peut-être l'analyse des faits qu'il rapporte est-elle un peu écourtée, mais sa description est néanmoins assez complète pour qu'on puisse s'étonner que Briquet ait écrit (p. 415) : « Malgré ce qu'en ont dit les auteurs, les attaques hystériques avec sommeil sont peu communes et ont très peu fixé l'attention; on n'en trouve pas d'exemple dans les 350 observations analysées par M. Landouzy. »

Toutefois, le désaccord est beaucoup plus apparent que réel entre ces deux auteurs. Il s'agit encore là d'une de ces erreurs d'interprétation prenant sa source dans la différence des termes et qui sont si fréquentes aux premières périodes de la description raisonnée d'une maladie.

Et pourtant, Briquet emploie une synonymie assez large puisqu'il décrit dans son même chapitre VII les « attaques de sommeil, de coma et de léthargie » simples « degrés de la même modification pathologique ». Entre la syncope et le coma hystérique la différence est bien peu sensible,

(1) Forestus, *De mul. morb.*. lib. XXXVIII, obs. 35, 36.

surtout lorsque l'on considère, comme l'a fait Landouzy (p. 67), que « cet état syncopal varie de plusieurs minutes à plusieurs jours quant à la durée et qu'il peut passer par tous les degrés, depuis les simples phénomènes produits par la diminution des principales fonctions jusqu'à ceux qui résultent de leur abolition momentanée et qui vont jusqu'à simuler la mort ».

Nous reviendrons sur la description de Briquet. Mais nous pouvons déjà dire que cette partie de son livre marque un progrès considérable sur les travaux de ses devanciers, progrès qui s'accentue encore avec la thèse de Boutges (1) (1875), inspirée par Lasègue, et celle d'Espanet (2).

Il était réservé à M. Charcot et à l'École qu'il a fondée de faire cesser toutes ces divergences. En effet, comme nous l'avons dit, jusqu'à la publication des travaux de notre éminent maître, les phénomènes en apparence si variables constitutifs de la grande attaque étaient le plus souvent décrits sans ordre, bien que l'analyse de chacun d'eux en particulier eût été déjà poussée assez loin. M. Charcot, en montrant que cette attaque présentait presque constamment quatre périodes dont les unes pouvaient être plus ou moins atténuées par rapport aux autres, créa pour ainsi dire une nouvelle entité morbide dont l'observation et l'interprétation — en ce qui regarde les symptômes — devint dès lors relativement facile.

A l'étude isolée et partant incomplète d'un phénomène — le sommeil — succéda celle de l'attaque ordinaire avec *immixtion de phénomènes léthargiques* (P. Richer, chap. VII), et désormais, à l'aide de cette donnée précieuse, il fut permis de reconnaître qu'on se trouvait toujours en présence d'une variété d'un même syndrôme, notion qui est, on le comprend, d'une importance capitale pour le nosographe.

(1) Boutges, *De l'hystérie comateuse*. Th Paris, 1875.

(2) Espanet, *Hystéricisme et hystérie. Du sommeil hystérique en particulier*. Th. Paris, 1875.

A ce propos, nous ne pouvons mieux faire que de placer au premier rang, dans le sujet spécial qui nous occupe, l'ouvrage si documentaire de MM. Bourneville et Regnard : l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* (1877-1880), dont le troisième volume renferme une remarquable description des *attaques de sommeil*. L'observation 11, poursuivie par M. Bourneville depuis 1866, peut passer pour un modèle du genre. La malade qui en fait le sujet, et qui se trouvait encore récemment à la Salpêtrière dans le service de M. J. Voisin, a été plusieurs fois présentée par M. Charcot à ses auditeurs.

Les leçons de M. Charcot (1), les ouvrages de MM. Bourneville et Regnard et de M. P. Richer ouvrent pour ainsi dire ce que nous appellerions volontiers la période actuelle de la question, qui comprend un grand nombre de travaux importants.

Parmi les principaux, nous devons immédiatement mentionner les leçons de M. Pitres (2), la thèse de M. Achard (3) inspirée par M. Debove, qui avait approfondi le sujet dans plusieurs publications antérieures (4), des mémoires importants de MM. Parmentier (5), Löwenfeld (6) et Higier (7),

(1) Charcot, *Lezioni cliniche dell' anno scolastico*, 1883-84, recueillies par Milliotti. Milan, 1885, p. 24, 38. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 1887, p. 484, obs. I. — *L'attaque de sommeil hystérique* (Leç. recueillie par P. Marie). *Bulletin médical*, p. 179, 1888. — *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1888-89, 4e et 13e leçons.

(2) Pitres, *Des zones hystérogènes et hypnogènes; des attaques de sommeil*. Bordeaux, 1885. — *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891, t, II, 53e et 54e leçons.

(3) Achard, *De l'apoplexie hystérique*. Th. Paris, 1887.

(4) Debove, *De l'apoplexie hystérique. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, août 1886, p. 370 ; et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 20 août 1886, p. 154.

(5) Parmentier, *De la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil hystérique (pseudo-narcolepsie hystérique). Archives générales de médecine*, novembre et décembre 1891.

(6) Löwenfeld, *Ueber hysterische Schlafzustände, deren Beziehungen zur Hypnose und zur Grande Hystérie. — Archiv für Psychiatrie*, Bd XXII, 1891, p. 715, et Bd XXIII, 1892, p. 41 (bonne bibliographie).

(7) Higier, *Beitrag zur hysterischen Apoplexie. Wien. klin. Woch.*, 3, 10, 14 mai 1894.

des observations dues à Krauss (1), Handford (2), Steiner (3), de Cérenville (4), Perrotta (5); Stuard (6); la thèse de M. Hyvernaud (7), etc. Ces travaux et d'autres encore seront analysés chemin faisant.

En 1888, dans une revue critique parue dans les *Archives de Neurologie* (8), nous avons exposé quel était alors l'état de la science sur cette question, préludant ainsi aux recherches que nous devions entreprendre les années suivantes avec M. Cathelineau sur la nutrition dans l'attaque et dans l'état de mal de sommeil hystérique.

*
* *

Quelle place occupent les attaques de sommeil par rapport à l'apparition et au développement des autres phénomènes de la série hystérique? quelle est leur fréquence réelle?

La première question est importante à préciser, surtout lorsque l'on envisage la forme d'attaque de sommeil plus particulièrement désignée sous le nom d'*apoplexie hystérique*. Un exemple fera mieux comprendre notre pensée.

Un médecin est appelé, ainsi que le fait s'est présenté à plusieurs reprises, près d'un individu plongé dans le coma

(1) Krauss, *The hypnotic state of Hysteria. The Journal of nerv. and ment. diseases*, 1890, august, p. 8.

(2) Handford, *Hysterical Lethargy. Brit. med. Journ.*, 1891, 17 janvier, p. 121.

(3) Steiner, *Ueber hysterischen Schlaf. Communic. à l'Associat. des Neurol. all. du Sud-Ouest*, tenue à Baden-Baden, les 6 et 7 juin 1891. *Neurol. Centr.*, n° 12, 15 juin 1891, p. 381.

(4) de Cérenville, *Cas de sommeil hystérique durant plusieurs semaines. Rev. méd. de la Suisse normande*, t. XI, p. 413, juillet 1891.

(5) Perrotta, *Letargia isterica, contributo alla etiologia dell' isterismo. Gazzetta degli ospitali*, 1891, p. 522.

(6) Stuard, *Sommeil hystérique. Berl. kl. Woch.*, 14 septembre 1891.

(7) Hyvernaud, *Quelques recherches sur les attaques de sommeil hystérique*. Th. Paris, 1892 (très incomplète).

(8) Gilles de la Tourette, *Des attaques de sommeil hystérique. Arch. de Neurol.*, n°s 43 et 44, 1888, tir. à part de 52 pages — *La nutrition dans l'hystérie*, p. 72 et suiv.

le plus profond. Certains signes qu'il constate peuvent lui faire penser à une affection organique : il interroge les personnes qui vivent d'ordinaire avec le malade, et celles-ci lui apprennent que le sujet souffre ordinairement d'attaques convulsives dont la description le met immédiatement en éveil sur la nature hystérique des phénomènes actuellement soumis à son observation. Son diagnostic trouve donc dans les anamnestiques un point d'appui solide qui lui permettra peut-être de porter immédiatement un pronostic raisonné de la plus haute importance.

Toutefois, il faut aussi savoir que cette étude des anamnestiques n'est pas toujours chose aisée : un individu est subitement frappé dans la rue, il est amené à l'hôpital, et tous renseignements font défaut : le diagnostic devra s'établir néanmoins ; ce qui n'est pas une raison cependant pour négliger l'étude des antécédents personnels lorsque ceux-ci peuvent être obtenus.

Il résulte pour nous de la lecture d'un grand nombre d'observations et des faits que nous avons nous-même observés qu'il y a lieu d'établir des distinctions qui se tireront surtout du sexe des individus atteints.

Chez les hommes, l'attaque de sommeil, et particulièrement sa forme apoplectique, c'est-à-dire celle où l'aura est tout à fait fruste, sinon absente, nous a paru être fréquemment la première manifestation, appréciable tout au moins, de l'hystérie.

Nous disons appréciable ; car, étant donné qu'il s'agit le plus souvent, dans la circonstance, d'ouvriers, de manœuvres, — gros contingent de l'hystérie masculine, — lesquels s'observent peu, il semble souvent à l'entourage du malade et au malade lui-même que ce soit la première atteinte de la névrose que celui-ci ait ressentie. Cette absence de manifestations antérieures appréciables est importante ; car, vu que le sujet sort parfois hémiplégique de son attaque, le médecin est exposé à commettre une erreur de diagnostic comme dans un fait que nous avons observé.

Il ne paraît pas en être ainsi, dans la majorité des cas, pour les femmes, chez lesquelles l'hystérie revêt d'ailleurs un masque bien plus luxuriant que chez l'homme.

L'attaque de léthargie a été rarement la première manifestation de la névrose ; il faudrait passer en revue presque toute la symptomatologie de l'hystérie pour énumérer les accidents paroxystiques ou les stigmates permanents qui ont pu se montrer avant elle. Cependant, il en est qui, par leur fréquence, priment tous les autres ; nous voulons parler des phénomènes convulsifs de la grande attaque qui si souvent précèdent, lorsqu'ils ne s'y mêlent pas, les attaques de sommeil.

Quelle est la fréquence *absolue* des attaques de sommeil, comme symptôme dominant, par rapport aux autres phénomènes hystériques, ou mieux par rapport aux autres variétés de la grande attaque ?

« Les attaques de sommeil sont peu communes », dit Briquet (p. 145), qui, sur 420 malades, a seulement relevé « trois cas d'hystérie avec des attaques consistant en un véritable sommeil » ; cinq cas d'attaques *comateuses* et huit de véritable *léthargie*.

L'opinion émise par Briquet et qu'adoptent MM. Bourneville et Regnard est certainement juste, mais les conclusions du premier de ces auteurs sont un peu trop absolues. Nous avons dit, en effet, qu'une mauvaise interprétation basée sur une synonymie défectueuse lui avait fait écrire « qu'on n'en trouve pas d'exemple dans les 350 observations analysées par M. Landouzy », alors que, sous le nom de syncope et de mort apparente, cet auteur (p. 67) ne rapporte pas moins de 27 observations tant personnelles qu'empruntées à ses prédécesseurs, dont la lecture ne laisse aucun doute sur l'identité des phénomènes observés avec ceux que nous décrivons. Évidemment, il existe là comme partout ailleurs des questions de degré, et nous ne voulons pas assimiler complètement les syncopes du petit mal hystérique aux attaques de sommeil ; mais enfin, lorsque Landouzy écrit que « cet état

syncopal varie de plusieurs minutes à plusieurs jours quant à la durée », on ne saurait raisonnablement lui refuser d'avoir observé un certain nombre d'attaques soporeuses. Leur rareté est donc, de ce fait même, un peu moins grande que ne le dit Briquet.

Nous ajouterons enfin qu'à l'époque où écrivaient les précédents auteurs, la notion de l'hystérie masculine existait à peine et que les hommes ont apporté leur fort tribut à la variété du paroxysme que nous décrivons.

L'attaque de sommeil s'observe donc dans les deux sexes; elle paraît rare chez l'enfant (1); elle constitue en réalité une forme sévère de l'hystérie et de ce fait est assez particulière à l'adulte. M. Achard (2) en a vu quelques cas chez des personnes âgées.

Steiner (*loc. cit.*) a émis l'opinion qu'on observait en Allemagne bien moins souvent qu'en France l'attaque de sommeil : les faits publiés par Löwenfeld et Higier sont là pour lui répondre. On trouvera de plus dans ces auteurs des indications bibliographiques qui montrent que cette opinion n'est pas fondée. L'hystérie est la même sous toutes les latitudes.

Quant à ses causes occasionnelles, elles sont identiques à celles des autres manifestations hystériques, les émotions morales et les grands traumatismes psycho-physiques (3) jouant dans la circonstance un rôle prépondérant. Nous noterons, avec Charcot et Pitres, qu'on peut la provoquer et parfois la faire cesser par la pression d'une zone hystérogène.

(1) Th. Diller, *A case of hysteria in a boy characterized by regular recurring attacks of lethargy; treatment by hypnotism. Brain*, t. XVI, 1893, p. 556. (Enfant *mulâtre*, huit jours d'état de mal; retour du paroxysme au bout de quatorze jours.)

(2) Achard, *op. cit.*, obs. XVI, 62 ans; obs. XIX, 65 ans.

(3) Charcot, *Accidents nerveux provoqués par la foudre. Leçons du mardi*, t. II, 28 mai 1889, p. 435. — Comby, *Apoplexie hystérique avec hémiplégie gauche survenue pour la première fois à la suite d'une fulguration. Soc. méd. des hôp.*, 25 mai 1894.

*
* *

Abordons maintenant la description de l'attaque de sommeil, et nous englobons sous cette dénomination les cas où la conscience est suffisamment anéantie, la résolution musculaire assez prolongée, assez complète au moins en apparence, car fréquemment il existe de la contracture, pour que ces phénomènes priment tous les autres symptômes ordinairement observés dans le paroxysme. Mais, par ce fait même que le cadre est largement tracé, nous donnerons surtout la description d'un cas type, quitte à revenir ultérieurement sur diverses variétés : apoplectique avec ou sans hémiplégie, narcoleptique, etc.

Les *modes de début* sont variables. Dans la forme apoplectique, l'individu tombe de son haut, foudroyé comme un épileptique ; dans la forme narcoleptique, bien décrite par M. Parmentier (*op. cit.*), le début n'est pas moins soudain, mais le malade est moins fortement sidéré, il *s'endort* au milieu de ses occupations, reste debout ou assis, et s'affaisse plus rarement par terre que dans la forme précédente. Ces modes de début subit semblent assez particuliers aux hommes, bien qu'on puisse les observer dans les deux sexes.

Généralement il existe des prodromes, bien décrits par MM. Bourneville et Regnard (*op. cit.*, p. 137) : « Quelquefois, disent-ils, les attaques viennent sans prodromes ; le plus souvent on note un certain nombre de phénomènes : les malades sont de mauvaise humeur, agacées, tristes, et pleurent ; ou bien elles sont gaies outre mesure, rient aux éclats sans motifs, ne peuvent se retenir ; l'une d'elles avait des hallucinations de la vue ; la tête est lourde ; elles ont des *secousses,* laissent échapper les objets qu'elles tiennent à la main ; par instants, elles sont incapables de parler, quoi qu'elles fassent ; elles ont une tendance très visible à dormir, contre laquelle elles luttent ; les paupières se ferment. Cette situation a une durée qui varie de quel-

ques minutes à plusieurs heures, même une journée. »

Cette « tendance très visible à dormir » est, en effet, souvent notée, et certains sujets qui ne se trompent guère à ces aura spéciales mettent parfois en œuvre toute leur volonté pour arrêter l'attaque.

Une malade de M. Pitres est fort intéressante à ce point de vue : « Sachant par expérience, dit-il, que ces langueurs d'estomac, ce malaise survenant après les mouvements spéciaux de la boule ovarienne, étaient les prodromes certains de l'attaque de sommeil, Albertine a essayé plusieurs fois d'empêcher de force le sommeil de l'envahir. Mais toutes ces tentatives ont été inefficaces. Un jour, elle a acheté un vomitif et l'a ingurgité au moment où débutèrent les langueurs d'estomac. Elle n'eut pas de vomissements, et le sommeil arriva comme si elle n'avait rien fait pour l'éviter. Un autre fois, à la campagne, elle se mit à courir à travers champs, espérant qu'au moins le mouvement l'empêcherait de s'endormir; il n'en fut rien, l'attaque la surprit au milieu de sa course. Un jour, elle alla à la douche au moment de l'aura et s'endormit sous la douche. Le seul moyen qui empêche l'arrivée du sommeil, c'est la compression de l'ovaire gauche. Sous son influence, les langueurs d'estomac se dissipent, la malade reprend sa gaieté et, pendant quelques instants, elle n'éprouve aucun malaise. Malheureusement ce bien-être ne dure qu'un temps très court, et peu après qu'on a cessé de presser sur l'ovaire, les signes de l'imminence de sommeil reparaissent. Le plus simple est donc de laisser l'aura évoluer normalement. »

*
* *

L'attaque, précédée ou non d'aura, peut être de très courte durée, de quelques secondes à quelques minutes, réalisant la forme *pseudo-syncopale* ou les *évanouissements hystériques*, décrits par M. Pitres (1), qui fait de ces pa-

(1) Pitres, *Des zones hystérogènes et hypnogènes; des attaques de sommeil*, p. 56.

roxysmes atténués des variétés de l'attaque de sommeil. Dans ces conditions, elle peut se répéter un grand nombre de fois dans la journée (1), ou bien et surtout elle se prolonge plusieurs heures, plusieurs jours ou pendant des semaines ou des mois, nous y reviendrons. Ce qui nous importe, pour le moment, c'est de considérer quel est l'état du malade pendant l'attaque de sommeil courte ou prolongée. Ajoutons que la description de l'état de mal est, pour ainsi dire, inséparable de celle de l'attaque, et que, parmi tous les paroxysmes, c'est incontestablement celui dont la durée est la plus longue.

Quoi qu'il en soit, et pour prendre le cas de tous le plus fréquent, à la suite de phénomènes hystériques, convulsifs ou autres, le sujet tombe dans le sommeil, et lorsque celui-ci dure depuis déjà quelque temps, il offre l'aspect suivant :

Il semble endormi profondément, dans l'acception rigoureuse du mot, ainsi que le note Briquet (p. 422) ; à l'inverse de ce qui a lieu parfois dans le sommeil ordinaire, presque jamais il ne ronfle. A la vérité, la face se décolore à mesure que le sommeil poursuit son cours, mais l'aspect n'est pas cadavérique, bien qu'incontestablement de pareils malades aient été considérés comme morts et de ce fait enterrés. Les extrémités peuvent être, par suite de certains troubles vaso-moteurs, froides et cyanosées, comme dans un cas rapporté par Armaingaud (2).

Parfois, cependant, la face devient rouge, et ces poussées congestives sont souvent l'indice de la prochaine apparition de phénomènes surajoutés : salutations, convulsions, qui viennent montrer que les périodes normales de la grande attaque perdent rarement leurs droits.

L'*état des muscles* est très important à considérer, sur-

(1) Negro, *Accessi spontanei di sonno a brevissimo durata e ripetuti a corti intervalli in una dona. Gazz. medic. di Torino,* 1892, t. XLIII, p. 501, 527.

(2) Armaingaud, *Sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique,* 1876. Delahaye, Paris.

tout lorsqu'on cherche à rapprocher ces attaques du sommeil physiologique. On sait que pendant celui-ci la résolution musculaire est complète : le membre soulevé retombe — lorsque l'individu ne se réveille pas — flasque sur le plan horizontal du lit. Ici, la résolution générale est plus apparente que réelle, car souvent on notera qu'il existe de la *contracture* de quelques muscles, si même le système musculaire n'est pas contracturé en totalité.

Il est des cas, en effet, où la contracture est pour ainsi dire totale, le malade pouvant être soulevé tout d'une pièce de son lit; l'attaque est courte alors, car ce tétanisme généralisé ne peut se continuer longtemps sans nuire aux fonctions vitales.

Dans ceux où la résolution semble complète (obs. de Gairdner) (1), rarement les *muscles masticateurs* sont épargnés par la contracture. Dans presque tous les cas, en effet, on observe que les dents sont serrées les unes contre les autres, au point qu'il devient parfois impossible d'ouvrir les mâchoires. Ce phénomène est important à signaler, car on comprend les obstacles que peut apporter le *trismus* à l'alimentation artificielle, la seule à laquelle il soit généralement possible d'avoir recours.

Nous placerons sur le même plan une sorte de contracture intermittente des muscles orbiculaires des paupières produisant un battement rapide, un frémissement noté dans nombre d'observations. Si l'on rompt cette contracture par l'ouverture forcée des paupières, et si rapidement on expose le globe de l'œil au contact de l'air extérieur, on peut quelquefois surprendre ce globe dans sa position ordinaire. Les pupilles paraissent normales ou sont dans un état variable de contraction ou de dilatation; il n'y a pas de règle fixe à ce sujet, les pupilles se modifiant suivant le rêve ou les hallucinations qui existent dans l'attaque de sommeil comme dans les autres paroxysmes et qui, nous le savons, sont fort variés.

(1) Gairdner, *Case of lethargie stupor or trance. The Lancet*, 22 décembre 1883 et 12 janvier 1884.

Dans la majorité des cas, il semble que ce léger traumatisme exercé sur le globe oculaire par l'air ambiant soit suffisant pour faire entrer en contracture les muscles de l'œil, car, lorsqu'ils n'y sont pas d'emblée, on voit alors les yeux se porter en permanence, le plus souvent en haut et en dedans, en strabisme convergent. Ces deux phénomènes, convulsion des globes oculaires et frémissement vibratoire des paupières, s'observent fréquemment dans les autres variétés de la grande attaque hystérique, mais le frémissement vibratoire y est rarement aussi marqué que dans l'attaque de sommeil.

Löwenfeld a noté la conservation du réflexe de la pituitaire et des réflexes rotuliens.

La *respiration* participe généralement à ce calme général de l'économie. Elle est de dix, quinze, vingt, vingt-deux par minute, quelquefois moindre (elle peut descendre jusqu'à trois); parfois, elle offre aussi des irrégularités (Parmentier) et prend le type de Cheyne-Stokes (Achard, obs. XI); cependant elle peut être, « à certains moments, précipitée (trente, trente-cinq par minute : Armaingaud), ce qui correspond à des rêves » (Bourneville et Regnard, p. 138). C'est dans ce dernier cas que la face peut devenir « rouge, chaude, parfois sudorale ». En résumé, respiration calme, légère, parfois difficile à constater même par l'auscultation, ainsi qu'on l'a vu dans certains cas de mort apparente qui n'étaient autres que des attaques de sommeil hystérique.

Le *pouls* est également calme et régulier, battant de 70 à 80 fois par minute ; parfois il peut descendre beaucoup plus bas (60, Briquet), de même qu'exceptionnellement il atteint 128 battements (obs. VIII, Achard). Dans l'observation de Pfendler, où la léthargie dura dix-huit mois, le pouls varia de 78 à 93.

La *température,* très importante au point de vue du diagnostic, ne dépasse jamais 38°, à moins de complications, phénomène commun aux attaques ou états de mal hystérique, quelque forme qu'ils revêtent.

Ainsi que dans les autres paroxysmes, l'*abolition des divers modes de la sensibilité générale* est la règle : les malades sont des anesthésiques totaux. Cette insensibilité se trouve particulièrement notée, et dans les cas modernes et dans les cas anciens, dans les faits dits de mort apparente. C'est même là, on le comprend, un des signes sur lesquels on s'appuyait le plus autrefois pour conclure à la mort réelle. On peut traverser les membres avec de longues épingles sans qu'aucun muscle de la face tressaille.

Lorsque le sommeil est très profond, dans les premiers jours d'un état de mal de longue durée, par exemple, les *zones hystérogènes* notées avant le début de l'attaque peuvent avoir perdu toute leur excitabilité. Ou bien la pression de l'une d'elles peut faire que le malade se dresse sur son séant, esquisse des mouvements convulsifs, émette quelques grognements sourds, repousse la main qui comprime l'ovaire, sans cesser pour cela de continuer à dormir.

Dans d'autres cas, au contraire, surtout lorsque l'état de mal touche à sa fin, la pression d'une zone hystérogène provoquera, par exemple, l'apparition d'une grande attaque qui terminera le paroxysme ou fera immédiatement cesser le sommeil.

L'action des zones hystérogènes a été expressément notée dans l'attaque de sommeil par M. Charcot, ainsi qu'on en pourra juger par la lecture de l'observation X, rapportée par Bourneville et Regnard. Nous citons textuellement :

« 23 juin 1879. — D... s'est endormie sans attaques, le 20, à dix heures du soir. Elle dort encore ce matin à la visite. Par la *pression au-dessous du sein gauche* (*zone hystérogène*), M. Charcot provoque quatre petites attaques ; après la dernière D... est réveillée.

« ... 3 et 5 août. La malade s'est endormie le 3, à dix heures du soir, et s'est réveillée le 5, à dix heures du matin ; immobilité complète, légère raideur des membres, pas de catalepsie. Elle est réveillée, sans attaques, par la pression sous-mammaire. »

Les *sens spéciaux* sont généralement atteints d'une façon très profonde : le bruit le plus violent, un coup de gong ou de tam-tam ne peuvent réveiller le malade ; il reste insensible à l'inhalation de vapeurs irritantes ; quant au goût et à la vue, leur sensibilité paraît également abolie.

Toutefois, il ne faudrait pas croire que l'inconscience soit toujours absolue. Ce qui domine chez le dormeur hystérique, c'est, d'une façon générale, l'impossibilité où il se trouve de réagir volontairement, dans la majorité des cas au moins, vis-à-vis des excitations physiques ou psychiques auxquelles il est en butte de la part de l'observateur. Mais, est-ce à dire pour cela qu'il n'a aucune conscience tant morale que physique de ces excitations ? Nous ne le croyons pas. Il est incontestable qu'il a été publié un certain nombre d'observations où il est dit que les malades ne se souvenaient nullement au réveil des divers excitants à l'action desquels on les avait soumis pendant le sommeil : c'est là, du reste, la règle générale ; mais il est également d'autres faits, que nous avons nous-même étudiés sous le nom de *léthargie lucide* (1), dans lesquels les sujets gardent le souvenir de ce qui s'est passé pendant l'attaque.

Dans l'observation de Pitres et dans celle de Keser (2), les malades conservaient jusqu'à un certain point la faculté d'entendre, ce qui les rendait susceptibles d'accepter diverses suggestions. C'est encore là un argument que nous invoquerons à l'appui des rapports intimes qui existent entre les attaques de léthargie hystérique et celles, spontanées ou provoquées, de léthargie hypnotique (3).

Briquet avait déjà noté la conservation de l'ouïe. « Une de ces malades, dit-il (p. 422), celle qui avait eu l'attaque la plus forte, a déclaré que pendant son sommeil elle

(1) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 2e édit., 1889, ch. vii. *Les états hystériques.*

(2) Keser, *A case of prolonged sleep. The Journal of mental sciences*, juillet 1887, p. 267.

(3) Vizioli, *Del morbo ipnotico, ipnotismo spontaneo, autonomo et delle suggestioni. Giornale di Neuropatologia*, anno III, 1885, p. 289.

avait toujours conservé la faculté d'entendre. La plupart se rappelaient de ce qui s'était passé pendant leur sommeil; quelques-unes n'en avaient aucun souvenir. »

Une malade de Pfendler, âgée de quinze ans (*op. cit.*, p. 11), est à ce sujet des plus intéressantes. Après trois semaines d'état de mal convulsif, « la léthargie s'est déclarée : elle a duré trois ou quatre jours et s'est répétée dix à douze fois. Les médecins les plus célèbres de l'époque appelés en consultation déclarèrent qu'elle n'avait que deux ou trois jours à vivre. En effet, le jour suivant, dit-il, comme j'étais au pied de son lit, elle fait un mouvement, se relève, se jette sur moi comme pour m'embrasser et retombe ensuite comme frappée par la mort. Pendant quatre heures, je ne pouvais observer aucun souffle d'existence , et je fis avec MM. Frank et Schœffer tous les essais possibles pour exciter en elle une chance de vie : ni miroir, ni plume brûlée, ni ammoniaque, ni piqûres ne purent nous donner aucun signe de sensibilité; le galvanisme fut employé sans que la malade montrât quelque contractilité. M. Frank même la jugea morte, mais en conseillant toutefois de la laisser dans le lit. Pendant vingt-huit heures, aucun changement; on croyait déjà sentir un peu l'odeur de la putréfaction ; la cloche des morts était sonnée, ses amies venaient de l'habiller en blanc et de la coiffer de couronnes de fleurs, tout se disposait autour d'elle pour l'enterrement. Pour me convaincre des progrès de la putréfaction, je revins auprès de Mlle de M... ; mais elle n'était pas plus avancée qu'auparavant; au contraire, quel fut mon étonnement lorsque je crus apercevoir un faible mouvement de respiration! Je l'observai de nouveau, et je vis que je ne m'étais pas trompé. Je pratiquai de suite des frictions, des irritants, et, après une heure et demie, la respiration augmente, la malade ouvre les yeux, et frappée par l'appareil de la mort elle revient à la connaissance et me dit en riant : « Je suis trop jeune pour mourir. » On la transporta de suite dans un autre appartement où elle fut bientôt prise

d'un sommeil qui dura dix heures. La convalescence marcha assez vite par l'emploi des bains aromatiques et des toniques, et la malade, dont le système nerveux était débarrassé entièrement de son état morbide, parut aussi fraîche et aussi bien portante qu'auparavant. Pendant son état léthargique, où toutes les fonctions paraissaient suspendues, *les forces se concentraient sur l'ouïe, puisqu'elle a entendu et eut connaissance de tout ce qui se passait autour d'elle,* et me cita ensuite des mots latins de M. Frank ; sa plus affreuse position était d'entendre les préparatifs de mort sans pouvoir sortir de son état. »

En somme, pendant l'attaque et l'état de mal de sommeil, il existe comme dans tous les autres paroxysmes hystériques un *état mental* particulier créé par le rêve ou l'hallucination de l'attaque.

Ainsi que nous le verrons dans l'attaque de délire, où ce rêve est porté au suprême degré, une expérimentation appropriée peut parfois déterminer l'éveil des sens, qui semblent éteints, et réaliser des suggestions de divers ordres, comme dans l'état hypnotique similaire.

Ce rêve et ces hallucinations sont très importants au point de vue nosographique, car ils rentrent dans la catégorie des phénomènes ordinairement observés au cours de la grande attaque.

« A des intervalles variables, disent MM. Bourneville et Regnard (p. 138), on observe des mouvements automatiques. Ces malades semblent lutter, faire des efforts pour écarter des êtres ou des objets imaginaires ; elles poussent des plaintes étouffées, appellent au secours à haute voix ; la physionomie exprime la terreur. Quand les malades conservent le souvenir de leurs rêves, elles racontent qu'elles ont eu des *rêves agréables* et des *cauchemars.* »

Une de nos malades, à l'instar de celle de Pfendler, se levait brusquement de son lit, appelait : « Émile », se jetait à la rencontre d'un être imaginaire et tombait en léthargie profonde dans la ruelle de sa couchette.

Les *grands mouvements* de la seconde période sont sou-

vent observés : chose à noter, dans nombre de cas ce sont les *salutations* qui prédominent. Plusieurs fois par jour, Eudoxie Hel..., bien connue des élèves de la Salpêtrière, s'assoit sur son lit : le tronc s'incline en avant sept ou huit fois de suite, comme dans l'acte de saluer profondément, et le sommeil reprend son cours interrompu.

Si l'on joint à cela les convulsions qui ont parfois précédé l'attaque de sommeil et qui assez souvent la terminent, on conclura, comme nous l'avons dit, que ce paroxysme n'est en réalité qu'une grande attaque modifiée par l'immixtion de phénomènes léthargiques occupant une place prépondérante.

*
* *

La *durée* de l'attaque et de l'état de mal de sommeil hystérique est éminemment variable. Elle s'étend de quelques minutes, de quelques heures à plusieurs semaines, et peut-être à plusieurs mois ou années; ces derniers cas sont douteux. Nous ne parlons, bien entendu, que des faits où l'état de mal est continu, sans *intervalles* assez considérables pour que le sujet puisse reprendre ses occupations ordinaires.

On a noté des états de mal de deux, trois, quatre, cinq, six, huit jours (Briquet); cent heures (Laufenauer) (1); plusieurs jours, cinq à six semaines (Charcot, Bourneville et Regnard); trente-deux jours (Krauss); vingt-trois semaines (Gairdner); dix-huit mois (Pfendler, obs. I); quatre ans, trois mois et onze jours (*id.*, mais cette observation est peu concluante).

Un malade de Legrand (2) présentant la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil fut en état de mal presque constant pendant deux années consécutives; les attaques se montraient en séries; elles ne duraient pas plus de vingt

(1) Laufenauer, *Hypnotische Anfälle um Anschluss an eine hystero-epileptische Neurose;* analysé *in Centralblatt für klinische Medicin,* 1885, n° 45, p. 775.

(2) Legrand, *France médicale,* n°s 4 et 5, 1888. Observation *in extenso* dans Parmentier, *op. cit.*

secondes à une ou deux minutes et se répétaient très fréquemment dans la même journée (dix-sept à vingt et une attaques par heure, près de deux cents par jour).

Löwenfeld a observé chez un sujet (obs. IV) trois séries de paroxysmes comprenant chacune plus de cent attaques (de mars à juin 1888; novembre-avril 1889; novembre 1889-juillet 1890).

Les *récidives* sont fréquentes, et nous n'envisageons que les cas où les rémissions entre deux attaques sont assez longues pour qu'on ne se trouve pas en présence d'un unique état de mal. Comme pour les autres variétés du paroxysme hystérique, le même malade fait presque toujours ses attaques sous forme de sommeil, ou au moins les phénomènes léthargiques sont-ils toujours prédominants lorsqu'il entre en crise.

L'observation XI de MM. Bourneville et Regnard est très instructive à ce point de vue, car la malade, qui était encore, en 1892, à la Salpêtrière, n'a pas passé d'années, depuis 1866, sans avoir au moins deux états de mal de sommeil, et quelques-uns d'entre eux ont duré de quarante à cinquante jours.

Briquet cite cependant un cas (p. 422) où « l'attaque léthargique a paru avoir épuisé la source des accidents, car il y a eu de l'amélioration d'une manière notable et il n'est pas survenu d'attaques d'aucune espèce ». Il ne nous dit pas combien de temps la malade fut suivie, car le *pronostic général* des attaques de sommeil envisagé à ce point de vue particulier ne diffère pas de celui des autres manifestations paroxystiques. Cette manifestation constitue en somme une forme grave et tenace de la névrose, car elle se présente souvent sous forme d'état de mal et, nous venons de le voir, est sujette à de nombreuses récidives.

*
* *

Comment se terminent l'attaque et l'état de mal de sommeil hystérique ?

A ce propos, nous ne pouvons souscrire à l'opinion de Briquet. « Le réveil, dit-il (p. 422), chez le plus grand nombre, s'était fait tout simplement comme lorsqu'on sort du sommeil... » Il est beaucoup plus dans le vrai lorsqu'il ajoute : « ... Chez les autres, il y avait eu soit du délire, soit du trouble dans les idées, soit de la pesanteur de tête. »

De fait, fréquemment les malades sortent spontanément du sommeil comme ils y sont entrés, par une attaque convulsive. En réalité, le sommeil ne doit être considéré, dans le paroxysme hystérique, toujours identique avec lui-même, comme autre chose qu'un élément surajouté ou prépondérant.

C'est aussi en déterminant l'apparition d'une attaque que M. Charcot fait cesser le sommeil par la pression d'une zone hystérogène. Assez souvent, que le réveil soit spontané ou qu'il soit provoqué, cette attaque prend le caractère délirant, terminaison ordinaire du paroxysme convulsif. A l'encontre donc de Briquet, MM. Bourneville et Regnard nous paraissent avoir donné la note exacte :

« Tantôt, disent-ils (p. 139), l'attaque de sommeil se termine par une attaque convulsive ou bien par des rêves, des pleurs, de l'excitation. Les malades sont étonnées, paraissent ne plus se souvenir du lieu où elles se trouvent; elles se plaignent de courbature, de douleurs de tête, ont la vue troublée, refusent de parler. Des crises avortées, des rires inextinguibles de plus en plus rapprochés annoncent chez H... (obs. XI) la fin de l'attaque de sommeil. Dans ce cas aussi, il se produit un véritable *délire de parole.* »

M. L. Landouzy a publié (1) une observation dans laquelle le réveil, ainsi que le sommeil, du reste, était précédé de convulsions. Le fait présentait ceci d'intéressant, que l'attaque léthargique pouvait être provoquée par l'action d'un aimant et l'occlusion des paupières et cesser par l'ouverture des yeux et l'enlèvement de l'aimant, la

(1) L. Landouzy, *Relation d'un cas de léthargie provoquée par l'action d'un aimant, Progrès médical,* 25 janvier 1879, p. 60.

notion des phénomènes convulsifs ne laissant aucun doute sur la nature de l'attaque.

L'attaque de sommeil, plus fréquemment peut-être que les autres variétés du paroxysme, favorise l'éclosion immédiate ou à brève échéance de divers phénomènes de la série hystérique.

On a noté, après elle, de l'aboiement, du mutisme (cas de Keser), des tremblements choréiformes, une paraplégie flasque avec rétention d'urine (Boutges, obs. VIII). Mais c'est surtout l'hémiplégie sensitivo-sensorielle, flasque ou avec contracture, accompagnée ou non de participation de la face que M. Achard a le plus souvent observée dans les cas qu'il a étudiés.

Dans deux faits d'Higier (1), du côté paralytique débutèrent, pendant l'état apoplectique, les phénomènes d'une attaque d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. Étant donnés les maux de tête qu'on observe parfois comme symptômes prodromiques (cas de Bischoff) de l'apoplexie hystérique, on pouvait penser à une tumeur cérébrale. Dans tous les cas, vu le caractère apoplectique de l'attaque, on comprend combien l'hémiplégie qui souvent l'accompagne prêtera à discussion avec l'hémiplégie organique.

De ce fait encore, le pronostic de l'attaque de sommeil est donc relativement sévère. Il est même à se demander si elle n'est pas susceptible d'entraîner la mort.

En effet, Louyer-Villermay (1816) place, ainsi que l'avons dit, les attaques de léthargie hystérique dans sa troisième classe, de toutes la plus grave, et ajoute que « les malades sont froides, pâles, insensibles, immobiles et restent dans un état plus ou moins prolongé de mort apparente qui peut se terminer par l'extinction totale de la vie ».

Landouzy (p. 68), après avoir parlé de la mort apparente, dit nettement : « Tantôt, enfin, l'attaque est réellement suivie de mort. »

(1) Higier, *Beitrag zur hysterichen Apoplexie. Wien. klin. Wochens.*, nos 18, 19, 21, 1894.

Briquet, plus expert que ses devanciers, n'accepte pas leurs conclusions, bien qu'il connaisse les faits d'inhumation précipitée que nous avons relatés.

« Le pronostic des attaques soporeuses, dit-il (p. 427), n'est pas aussi grave que les apparences le feraient craindre. Ces attaques se terminent toujours spontanément, et, tant qu'il ne s'y joint pas, soit de l'asphyxie, soit de l'éclampsie, l'on a peu à craindre, attendu que la mort n'a jamais lieu par le fait de la syncope. En parcourant les auteurs, on trouve toujours que les prétendues mortes ont été rappelées à la vie. »

Et il ajoute (p. 538), dans le chapitre où il traite des terminaisons de l'attaque hystérique en général : « Les fortes syncopes et les léthargies, dans lesquelles toutes les fonctions de la vie semblent suspendues pendant plusieurs jours, ne sont pourtant jamais suivies d'une terminaison fatale. »

Nous connaissons cependant un cas assez récemment publié dans lequel la mort parut survenir à la suite d'une attaque syncopale; aussi, vu sa rareté, ce fait mérite-t-il d'être analysé.

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, malade depuis longtemps, observée par M. Martinenq (1). Le diagnostic porté le 17 mai 1878 avait été : « Folie hystérique maniaque avec agitation et violence. »

En octobre 1884, « sans autre phénomène prodromique qu'une légère hémicrânie avec exagération de l'amblyopie, J... présente, un matin, tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie cérébrale, à savoir : hémiplégie complète accompagnée d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et de légère contracture principalement au bras; paralysie hémifaciale incomplète du même côté que l'hémiplégie avec inégalité pupillaire et aphasie. L'intelligence est intacte, la conscience entière...

« Un mois après, tout est rentré dans l'ordre, mais

(1) Martinenq, *Cas d'apoplexie hystérique avec autopsie. Annales méd. psych.*, mars 1887, p 254.

l'inégalité pupillaire et un léger embarras de la parole persistent. L'état mental et l'état physique se maintiennent encore très satisfaisants jusqu'au mois de janvier 1886.

« Le 6 janvier 1886, J... a une légère bronchite avec embarras gastrique. Elle est placée à l'infirmerie, et le 10, elle va très bien, s'occupe avec raison et gaieté, ne se plaint de nulle part, s'alimente bien et cause avec intelligence.

« Le 11, après une excellente journée pendant laquelle elle n'accuse aucun malaise, J... est prise subitement, à neuf heures du soir, d'un engourdissement général avec oppression cardiaque, constriction au creux épigastrique et état syncopal. Elle s'affaisse sans proférer une parole et meurt vers onze heures dans un coma apoplectique. »

Si l'autopsie n'avait pas été faite, on aurait pu penser que la malade avait succombé à toute autre chose qu'à une attaque d'hystérie (1) : à une hémorragie cérébrale, et surtout à une attaque apoplectiforme dans le cours de la paralysie générale ; à une lésion du cœur : insuffisance aortique, etc. Mais la nécropsie fut négative à tous ces points de vue. Or, comme on le sait, c'est un des caractères les plus importants de l'hystérie de ne produire, du côté du système nerveux, en coïncidence avec les manifestations les plus graves et les plus persistantes, que des troubles organiques inappréciables, tout au moins avec nos moyens actuels d'investigation.

Il est donc permis de supposer que la malade de M. Martinenq succomba à une attaque d'apoplexie hystérique, bien que cette conclusion n'entraîne pas complètement notre conviction.

(1) M. Pierre Janet a publié sous ce titre : « *Accidents d'origine névropathique. Crises de sommeil, tremblement choréique, hémispasme facial, mort. Résultats de l'autopsie* », l'observation d'une malade du service de M. Hanot à l'hôpital Saint-Antoine dont « la maladie, au moins au début, dit-il, pouvait éveiller l'idée, soit d'une manifestation hystérique, soit d'une chorée ». L'autopsie montra que la mort avait été causée par un kyste parasitaire assez volumineux siégeant dans l'extrémité antérieure du lobe temporal gauche. *Arch. gén. de méd.*, octobre 1891, p. 464.

Nous rapprocherons du fait de Martinenq la première observation de Pfendler. Elle est relative à un hystérique de quarante-deux ans (qualifié du reste d'épileptique) qui tomba dans une léthargie qui dura dix-huit mois, d'où il sortit avec une « paralysie du pied gauche ». La léthargie ne récidiva pas, ainsi qu'il est d'usage; mais au bout de deux ans la mort survint par suite d'une tuberculose pulmonaire à laquelle l'attaque par la dénutrition qu'elle avait occasionnée n'avait peut-être pas été tout à fait étrangère. L'autopsie, en dehors des lésions de tuberculose avancée, ne révéla rien du côté du système nerveux.

En résumé, cette dénutrition et surtout les complications qui suivent si fréquemment le réveil sont les seuls points sombres dans le pronostic *quoad vitam* des attaques de sommeil.

*
* *

Nous venons de parler de dénutrition. On a pu s'étonner que jusqu'à présent nous nous soyons tu sur l'*alimentation* pendant l'attaque et particulièrement pendant l'état de mal léthargique. C'est que nous n'avons pas voulu séparer cette importante question de l'étude des échanges nutritifs.

L'alimentation, on le comprend, se fait toujours très difficilement dans l'état de mal de sommeil, car il est à noter qu'avec l'état de mal délirant, dont nous parlerons, c'est celui où les intervalles interparoxystiques sont le moins fréquents et le moins prolongés. L'état de mal peut être entrecoupé par des grands mouvements, quelques attitudes passionnelles; le sommeil reste pour ainsi dire continu. On observe beaucoup plus rarement que dans l'état de mal épileptoïde, par exemple, ces intervalles de lucidité qui séparent les séries d'attaques et pendant lesquels le malade peut s'alimenter.

L'alimentation est donc presque toujours, sinon toujours *artificielle :* d'autant qu'il faut se rappeler la fréquence du trismus. Lorsqu'on peut le vaincre, on réussit assez bien quelquefois (Bourneville et Regnard, obs. XI) à

nourrir le sujet en lui introduisant dans le fond de la bouche divers aliments liquides : bouillon, lait et œufs délayés, qui sont pour ainsi dire avalés automatiquement. D'autres auteurs (Gairdner) préfèrent avoir recours à la sonde œsophagienne introduite par la bouche ou par le nez. On peut également employer les lavements alimentaires.

Dans ces conditions, l'état de la nutrition générale est évidemment en rapport direct avec la quantité et la qualité des aliments qui, introduits dans le tube digestif, semblent, il faut le dire, toujours bien tolérés, à moins qu'il ne survienne des vomissements spontanés qui, comme dans un cas dont nous allons parler, entrecoupent parfois le sommeil. La nutrition souffre d'autant moins que le sujet absorbe plus, et la malade de MM. Bourneville et Regnard après six semaines de sommeil, conservait encore un certain embonpoint.

Il serait intéressant de savoir combien de temps un individu dormant du sommeil hystérique pourrait rester sans manger. Sous ce rapport, les documents nous manquent, car, aujourd'hui que le diagnostic des attaques léthargiques s'établit le plus souvent, dès leur début, d'une façon précise, on se garde bien de laisser de pareils sujets sans alimentation. Il faut donc se reporter aux observations anciennes, et celles-ci sont bien insuffisantes à ce point de vue.

Pfendler (p. 13) emprunte au *Journal des savants* de 1846 l'observation d'une dame anglaise qui resta pendant sept jours dans un état qui n'était évidemment autre que la léthargie hystérique. Elle fut veillée comme morte et partant ne dut pas manger ; cependant elle revint à la santé.

Une autre observation empruntée au *Dictionnaire des sciences médicales* (art. *Cas rares*, t. IV, p. 205, 1813) paraît bien se rapporter à l'hystérie. La malade resta à plusieurs reprises quarante jours sans manger ; mais ce fait, un des meilleurs cependant parmi les cas anciens, est très discutable à beaucoup de points de vue.

*
* *

L'étude des échanges nutritifs va nous permettre, entre autres choses nouvelles, d'apporter quelques éléments d'appréciation dans cette question.

C'est à propos des attaques de sommeil que nous avons conçu la première idée de nos études sur la nutrition dans l'hystérie.

Un malade du service de M. Charcot, le nommé Ch...t, sorti de la Salpêtrière et voyageant en Angleterre, s'était endormi brusquement dans un restaurant de Greek street, à Londres. M. le Dr Keser (*op. cit.*), qui l'observa, eut l'extrême obligeance de nous transmettre alors (25 mai 1887) les résultats de l'examen des urines pratiqué à plusieurs reprises par M. Woodland, fellow de la Société des chimistes. Malheureusement, par suite du refus de l'aubergiste de laisser transporter le malade à l'hôpital, la quantité de l'urine totale ne put être notée, et après les recherches que nous avons faites depuis, les résultats de ce premier essai sont actuellement sans intérêt.

Le 19 juin 1887, nous avons eu l'occasion de faire pratiquer l'analyse de l'urine d'une malade du service de M. Charcot, en proie depuis vingt-huit heures à une attaque de sommeil accompagnée de contractures généralisées. Le cathétérisme évacua 200 grammes d'urine, ce qui est peu si l'on songe que la malade n'avait uriné, depuis le début de l'attaque, ni volontairement ni involontairement. L'analyse faite par M. Viron, pharmacien en chef de la Salpêtrière, donna : « Densité, 1,026; urée, 20 gr. 496 par litre, proportion considérable d'urate acide de soude. » La malade n'avait donc excrété que 4 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures. Elle se réveilla du reste dans la journée, ne gardant de son attaque qu'un fort sentiment de lassitude.

C'est à dater de 1888 que nous avons entrepris avec

M. Cathelineau (1) les recherches qui nous ont permis d'élucider, au moins en partie, cette question de la nutrition dans l'attaque et l'état de mal de sommeil hystérique.

Nos expériences ont porté sur 6 malades donnant un total de 11 états de mal pour lesquels il a été fait 91 analyses des vingt-quatre heures de sommeil, sans compter les périodes d'état normal. L'état de mal le plus court que nous ayons observé a été d'un jour, le plus long de quinze jours, parmi, bien entendu, ceux qui ont été soumis à notre examen.

Pendant le sommeil hystérique, nous avons dit que le malade était susceptible d'absorber une alimentation restreinte, liquide ou demi-solide. A ce dernier point de vue, nous aurons toujours le soin de faire ressortir les particularités qu'offraient individuellement nos sujets. Chez tous, disons-le immédiatement, la température est restée normale pendant la durée des accès.

Les urines, comme dans les autres états de mal, ont été recueillies à l'aide de la sonde. Il est absolument nécessaire dans la circonstance de procéder ainsi. Comme le sommeil est, au moins dans les premiers jours, pour ainsi dire ininterrompu, quelques hallucinations ou grands mouvements ne constituant pas des intervalles suffisants pour que les malades urinent volontairement, il peut se produire de l'incontinence par regorgement. Celle-ci parfois est la règle dès le premier jour, soit qu'on doive l'attribuer à une paralysie du sphincter vésical, causée par l'état de résolution très profonde où est plongé le sujet, soit au contraire qu'elle soit due à une contracture de la musculature du réservoir. Dans un cas où l'incontinence fut totale dès le début, il existait des contractures généralisées.

Négligeant l'ordre chronologique dans lequel ont été faites nos observations, il nous a paru intéressant de donner tout d'abord l'analyse d'un état de mal, d'une attaque

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie*, p. 73 et suiv.

de sommeil n'ayant pas dépassé la période de vingt-quatre heures.

Si l'on veut bien considérer le tableau XIII, on verra que l'attaque de sommeil, bornée à la période des vingt-quatre heures, se comporte exactement, au point de vue biologique, comme une attaque convulsive ordinaire. Elle se juge par l'abaissement du taux de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion caractéristique de la formule de ces derniers. En effet, à l'état

Tableau XIII

Will..., 19 ans. *Attaque de sommeil hystérique.*

DATES	PÉRIODES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
17 janv. 1889...	Ét. normal...	1150	49.50	22 »	0.66	1.74	2.40	48 à 100	P. = 48 k.
18 janv. 1889...	Attaque.....	550	34.10	8.25	0.66	0.44	1.10	150 à 100	

normal, Will., dix-neuf ans, poids 48 kilog., excrète 1,150 c. c. d'urine, 49 gr. 50 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 22 gr. d'urée, 2 gr. 40 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0,66 et alcalins 1,74, donnant la proportion normale de 48 à 100.

Le jour de l'attaque de sommeil, elle excrète 550 c. c., 34 gr. 10 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 8 gr. 25 d'urée, 1 gr. 10 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0 gr. 66 et alcalins 0 gr. 44, donnant la proportion de 150 à 100, réalisant au suprême degré l'inversion de la formule des phosphates.

L'attaque de sommeil hystérique comprenant la période de vingt-quatre heures est donc entièrement assimilable,

au point de vue chimique, à l'attaque convulsive ordinaire.

Le tableau XIV a rapport à un état de mal de sommeil de quarante-huit heures de durée. Mêmes phénomènes que précédemment : abaissement du taux de l'urine, du résidu fixe, de l'urée, des phosphates avec inversion caractéristique de la formule. Nous notons, en plus, qu'en deux jours la malade a perdu 450 gr. de son poids.

Tableau XIV

Jum..., 16 ans. *État de mal de sommeil hystérique.*

DATES	PÉRIODES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 c. c.	URÉE	Acide phosphorique			RAPPORTS	OBSERVATIONS
					TERREUX	ALCALIN	TOTAL		
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
14 déc. 1888.	Ét. de mal.	900	49.40	12.80	0.71	1.05	1.76	67 à 100	Poids au début de l'état de mal : 41 k. 800.
15 déc. 1888.	*idem.*	1250	35.20	12.55	0.65	1.00	1.65	59 à 100	Alimentation nulle.
16 déc. 1888.	Ét. normal.	1290	48.75	24.50	0.84	1.69	2.53	49 à 100	Poids au réveil : 41 k. 350. Différence = 450 gr.

Dans le troisième cas, Monc., fem., dix-neuf ans, 51 k., l'état de mal dure trois jours et se rapproche à un tel point du précédent qu'il nous paraît inutile de donner le détail des analyses. Elle maigrit de 960 gr., car elle ne pèse plus au réveil que 50 kilog. 040.

Dans le quatrième cas, Camp., fem., vingt-cinq ans, le sommeil dure quatre jours et s'étend du 29 juin au 3 juillet 1888. Les urines ne peuvent être recueillies, car, ainsi qu'il arrive quelquefois, avons-nous dit, pendant l'état de mal, il y a incontinence. Nous retiendrons seulement ce fait que la malade, qui n'absorbait absolument rien, pesait 57 kilogr. le 29 juin 1888, début de l'état

de mal, et 52 kilogr. le 3 juillet, jour du réveil. En cinq jours, elle avait donc maigri de 5 kilogr.

Le 5 juillet, elle s'endort à nouveau, pesant 51 k. 900, pour se réveiller le 7 juillet, pesant 51 k. 120. On voit combien peut être grande la dénutrition, pendant l'état de mal léthargique, lorsque les malades n'absorbent rien.

La cinquième malade, St. Den., quinze ans et demi, a été présentée par M. Charcot, à sa *Leçon du mardi* 5 février 1889. A cette époque, elle était soumise depuis quelque temps déjà à notre observation pour des vomissements hystériques qui avaient nécessité son admission à la Salpêtrière. Une première fois, le 23 janvier 1889, ses vomissements sont entrecoupés par un état de mal de sommeil qui dure trois jours, les 23, 24 et 25 du même mois. Nous ne pouvions établir, étant donnés les vomissements, une comparaison avec l'état normal, qui n'existait pas à proprement parler à ce moment; toutefois, les analyses de ces trois jours ne sont pas moins caractéristiques que celles des cas précédents au point de vue de l'état de mal léthargique. Chez St. Den., âgée de quinze ans et demi, pesant 37 kilogr. 760 le jour du début de l'attaque de sommeil, les analyses donnent : urine 750 c. c. ; résidu fixe 20 gr. 60 pour 1,000 c. c., urée 11 gr. 85, acide phosphorique total 0 gr. 74, alors que la veille, malgré les vomissements, elles donnaient : urine 870 c. c., résidu fixe 29 gr. 62 pour 1,000 c. c., urée 15 gr. 92, acide phosphorique total 1 gr. 62. Pendant trois jours de sommeil, les 23, 24, 25 janvier 1889, les excrétions se maintiennent à ce taux inférieur. La malade, qui sort le 25 au soir de son état de mal par une attaque convulsive, a maigri de 810 grammes, car elle ne pèse plus que 36 kilogr. 950 au lieu des 37 kilogr. 760 du jour du début de l'état de mal léthargique, soit 270 gr. par jour. Pendant ces trois jours, la température rectale moyenne a été de 37°,4.

Nous empruntons la suite de l'observation à la *Leçon du mardi* 5 février, que M. Charcot a consacrée en partie à ce cas intéressant :

« Les jours qui suivent l'attaque (précédente), la malade ne vomit presque plus, et elle continue à bien manger; le 31 janvier, son poids avait atteint le chiffre de 39 kilos.

« C'est ce jour-là même, le matin à neuf heures, c'est-à-dire il y a juste cinq jours, que s'est déclarée la seconde attaque, celle dont j'ai tenu à vous rendre témoins aujourd'hui. J'aurais pu, naturellement, dès le début de la crise, craindre à chaque instant de voir la malade se réveiller et de me trouver par là privé du plaisir de vous démontrer, sur nature, les détails d'un cas assez rare en somme et toujours intéressant, si je n'avais été rassuré par les circonstances que voici. MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont démontré, vous ne l'ignorez pas (1), par l'étude de six cas de sommeil hystérique, que, pendant la durée de l'attaque, le poids du corps diminue rapidement en même temps que l'on constate, par l'analyse des urines, une constante diminution qualitative et quantitative de tous les éléments : volume, urée, phosphates, etc. Mais ces observateurs ont établi en outre que régulièrement deux ou trois jours avant le réveil, on voit le volume de l'urine, le poids de l'urée se relever progressivement, et aller toujours en augmentant; de telle sorte que l'on peut, en tenant compte de ces données, prévoir jusqu'à un certain point, quelques jours à l'avance, l'époque à laquelle le malade se réveillera. Or, chez notre dormeuse, une analyse faite le 3 ayant montré que ce relèvement ne s'était pas encore prononcé, nous pouvons compter que, si on laisse aller les choses, le réveil se fera attendre quelques jours encore. »

Puis M. Charcot analyse devant ses auditeurs les divers phénomènes présentés par la malade, dont le sommeil est entrecoupé, pendant la leçon même, par des *salutations*. « Vous reconnaîtrez, dit M. Charcot, dans ces grands mouvements de salutation, un des épisodes les plus vulgaires de la seconde phase de la grande attaque hystéro-

(1) *Leçons du mardi*, 1888-89, 13e leçon, p. 273, et 4e leçon, p. 69.

épileptique; tandis que, d'un autre côté, les tentatives que fait parfois la malade pour sortir de son lit et s'enfuir en prononçant des paroles dont on ne peut pas toujours saisir le sens reproduisent le tableau des attitudes passionnelles; et ces diverses circonstances sont de nature à justifier l'opinion que je soutiens à propos du sommeil hystérique : c'est à savoir qu'il n'y faut pas voir autre chose qu'une grande attaque, ou mieux, qu'une série de grandes attaques modifiées dans leur forme extérieure.

« Les intéressantes recherches de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau sont venues, d'ailleurs, donner à cette hypothèse un solide appui en montrant que, en ce qui concerne la perte du poids du corps, la diminution de l'urine et l'abaissement du taux de l'urée, l'attaque de sommeil reproduit en tous points ce qui a lieu dans les séries d'attaques hystéro-épileptiques. »

M. Charcot réveille alors la malade par la pression d'une zone hystérogène située au niveau de l'ovaire gauche, pression qui détermine une attaque convulsive. Le soir, St. Den. est pesée et donne 37 k. 100. En cinq jours de sommeil, elle a maigri de 1,900 gr., soit 380 gr. par jour, car elle pesait 39 k. le 31 janvier, jour du début. Pendant cette période, elle a excrété en moyenne par jour 655 gr. d'urine, 32 gr. de résidu fixe pour 1,000 c. c., 12 gr. d'urée, 1 gr. 60 d'acide phosphorique total. La différenciation des phosphates faite le premier jour de sommeil donna, ainsi que le montre le tableau XV, l'inversion de la formule.

Les phénomènes qui suivent le réveil sont également intéressants à noter. Le jour du réveil, 5 février, l'attaque convulsive est encore très nettement indiquée par les excrétions urinaires. Le lendemain il y a, comme pour les autres états de mal, oscillation autour de la normale. L'urée se relève déjà, mais elle n'atteint son taux ordinaire que le 7 et les jours suivants.

L'attaque de sommeil ayant eu pour résultat de faire cesser les vomissements, l'appétit revient et, avec lui, un

embonpoint qui suit une marche ascendante très rapide. Le 5, la malade pèse 37 k. 100, le 8, 39 k. 500, le 10, 40 k. 080.

La sixième malade que nous avons observée est de toutes la plus intéressante. C'est par elle qu'ont commencé véritablement nos recherches sur la nutrition dans l'hystérie, puisque, prenant nos fonctions de chef de cli-

TABLEAU XV

Etat de mal léthargique. St-Denis..., 16 ans.

DATES	VOLUME	RÉSIDU FIXE pour 1000 c. c.	URÉE	RAPPORT	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	OBSERVATIONS	POIDS
	c. c.	gr.	gr.		gr.	gr.	gr.		
31 janvier 1889	710	35.80	11.86	64 à 100	0.58	0.90	1.48	Début de l'état de mal léthargique. La malade n'absorbe rien.	39 k.
1er février	750	32.36	12	"	"	"	1.43		"
2	475	30.05	11.36	"	"	"	1.43		"
3	630	30.04	12.60	"	"	"	1.72		"
4	710	30.80	12.85	"	"	"	1.78		"
5	230	43.15	10.12	"	"	"	0.99		37 k. 100
6	550	40.07	14.38	"	"	"	1.10	M. Charcot réveille la malade, au cours, par pression d'une zone hystérogène qui détermine une attaque convulsive. Les vomissements cessent, la malade mange avec avidité.	"
7	540	42.04	17.80	"	"	"	1.92		"
8	1450	41.05	22	"	"	"	2.60		39 k. 300
9	1100	43.20	20.15	"	"	"	2.20		"
10	1180	42.80	20.60	"	"	"	2.29		40 k. 080

nique à la Salpêtrière le 1er novembre 1887, les premières analyses relatives à ce sujet datent du 27 du même mois. A partir de cette date jusqu'en avril 1888, Biz... a traversé cinq états de mal léthargique pour lesquels M. Charcot l'a présentée plusieurs fois à son cours (tabl. XVI).

Nous ne connaissions pas alors l'inversion de la formule des phosphates, sur laquelle, du reste, après tout ce que nous venons de dire, il est inutile, croyons-nous, d'insister davantage.

Pendant les cinq états, le sommeil fut des plus caractéristiques : léthargie profonde entrecoupée d'attitudes

passionnelles. La température rectale ne dépassa jamais 37°,8. L'alimentation, toujours artificielle, fut variable suivant les attaques; dans un même état de mal, il existait des séries de deux ou trois jours pendant lesquels il était absolument impossible de faire passer quoi que ce fût entre les dents contracturées. Le lendemain, la

Tableau XVI

Moyennes des cinq états de mal de sommeil hystérique de Biz..., 17 ans.

	VOLUME	RÉSIDU FIXE	URÉE	Acide phosphorique	OBSERVATIONS
	c. c.	gr.	gr.	gr.	
État normal...	1100	44.50	18.10	2.10	Poids 46 k. 500. Moyenne du 12 au 20 janvier 1888, après un état de mal de 13 jours de durée.
1er état de mal.	904	40	12.85	"	Début le 27 nov. 1887. P. = 48 k. Réveil le 12 déc. 1887. P. = 45 k. 750. Différence : 2k. 250.
2e état de mal..	936	31	10.90	"	Début le 25 déc. 1887. P.=47 k. 500. Réveil le 7 janv. 1888. P.=43 k. 800. Différence : 3 k. 500.
3e attaque.....	1100	25	8.14	"	Du 21 au 22 janvier 1888.
4e état de mal..	726	27	9.82	1.06	Début le 2 fév. 1889. P.= 47 k. 100. Réveil le 11 février. P.= 45 k. 100. Différence : 2 k.
5e état de mal..	730	26.70	10.89	1.23	Début le 23 mars 1888. P. = 52 k. Réveil le 1er avril 1888. P. = 48 k. Différence : 4 k.
Moyenne générale des états de mal.....	880	30	10	1.10	Maigrit de 300 à 500 gr. par jour d'état de mal.

malade pouvait absorber de 5 à 600 grammes de lait avec deux ou trois œufs battus. Pendant le dernier état de mal, du 23 mars au 1er avril 1888, *l'alimentation fut absolument nulle.*

D'une façon générale, en considérant la totalité des analyses représentant quarante-neuf jours de sommeil en cinq reprises, on note, comme précédemment, un abaissement du volume de l'urine, du taux du résidu fixe, de l'urée et des phosphates. En effet, à l'état normal, Biz...

excrète 1,100 c. c, d'urine, 44 gr. 50 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 18 gr. 10 d'urée, 2 gr. 10 d'acide phosphorique total. Pendant son sommeil elle excrète, en moyenne, par jour 880 gr. d'urine, 30 gr. de résidu fixe pour 1,000 c. c., 10 gr. d'urée, 1 gr. 10 d'acide phosphorique total, résultats sur lesquels il n'est plus besoin de nous appesantir. Elle maigrit en outre, en moyenne, de 300 à 500 grammes par jour, suivant les accès, qui eux-mêmes sont variables par rapport à l'alimentation. Entre les accès, elle revient rapidement à son poids normal, elle engraisse même, puisque son poids, pour une période de huit jours, du 12 au 20 janvier 1888, est de 45 k. 500, — il est vrai qu'elle sort d'un accès qui a duré treize jours, — et le 23 mars, au début d'un nouvel accès, elle pèse 52 kilog.

Outre ces considérations qui se rapportent indifféremment aux cinq états de mal de Biz..., l'étude des deux derniers états — pour ne prendre que ceux-là — est à envisager, car elle va nous permettre encore une fois, en nous basant sur les excrétions urinaires, de prévoir la durée de l'accès et de prédire le retour à l'état normal.

Si l'on considère les fig. 25, 26, 27, on note en effet, dès le début de l'état de mal, la chute du volume de l'urine et de l'urée (et aussi du résidu fixe et des phosphates, qui n'y ont pas été marqués); puis survient un plateau, et enfin ces éléments se relèvent, atteignant et dépassant même le taux normal, le jour du réveil. Sur la figure 27 on note les oscillations qui suivent d'ordinaire le réveil.

On peut donc, dans l'état de mal léthargique comme dans les autres états de mal, en se fondant sur le tracé fourni par le volume de l'urine et le taux de l'urée, prévoir la durée de l'état de mal et prédire le retour à l'état normal. Plus que dans les autres états de mal hystérique, cette notion a une importance considérable. Dans l'état de mal épileptoïde, par exemple, on peut voir quelquefois, la veille ou le jour du réveil, les attaques

diminuer de nombre et les intervalles interparoxystiques s'allonger davantage. On pensera alors que le retour à l'état normal est proche. Il n'en est pas de même, on

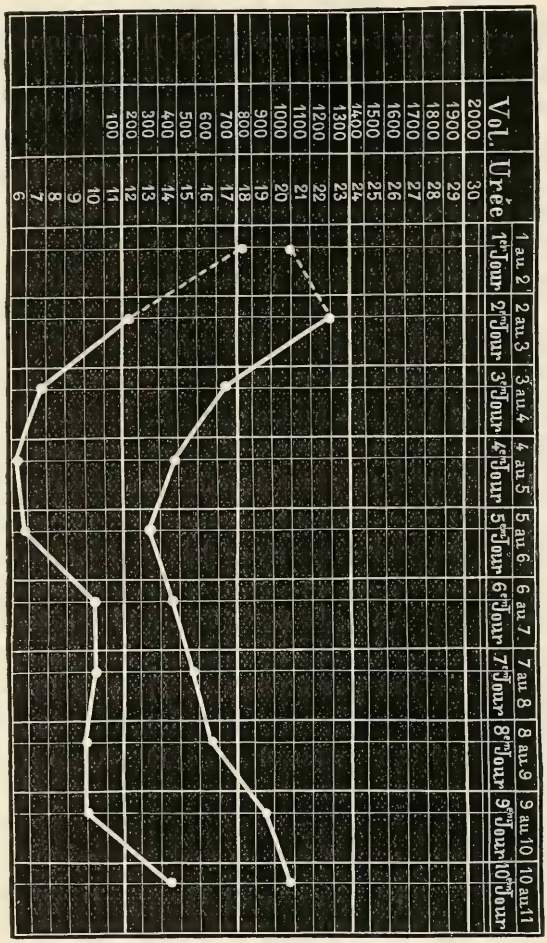


Fig. 25. — Le tracé supérieur se rapporte au volume de l'urine; le tracé inférieur à l'urée; les lignes pointillées se rapportent aux jours d'état normal; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

le comprend, dans l'état de mal léthargique ; là le réveil est forcément brusque, le malade, pour employer une expression aussi vraie que naïve, a seulement fini de dormir lorsqu'il est réveillé.

Cette courbe particulière des excrétions pendant l'état de mal léthargique et pendant tous les autres états, courbe qui mérite, comme l'a montré M. Charcot dans ses *Leçons*, d'occuper un rang de première importance en clinique, n'est pas le simple fait d'une dénutrition banale chez des individus plus ou moins privés de nourriture pendant la

Biz..., 17 ans. *État de mal de sommeil hystérique.*

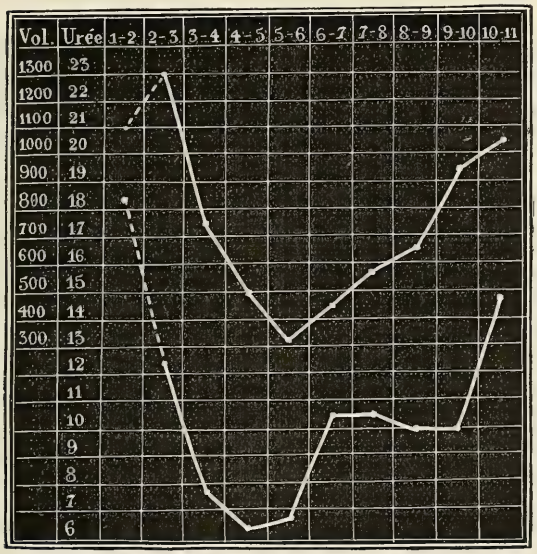


Fig. 26. — Les traits pointillés indiquent les périodes d'état normal avant l'attaque. Les traits supérieurs sont relatifs au volume, les inférieurs à l'urée.

durée d'une manifestation pathologique. Ses caractères si spéciaux appartiennent bien en propre à l'hystérie, tout au moins jusqu'à ce que des recherches ultérieures aient démontré qu'on les rencontre aussi dans d'autres manifestations pathologiques indépendantes de la névrose.

Elle n'est pas due entièrement à la simple privation des aliments, à l'inanition par exemple, car celle-ci donne un tracé bien différent, à peu près rectiligne pendant les pre-

miers jours, s'abaissant jusqu'à la mort, pouvant se relever, à la vérité, mais seulement *lorsqu'on donne des aliments.*

Le relèvement que nous observons et qui nous permet de prédire la fin de l'état de mal ne se montre pas, dans l'espèce, sous l'influence de l'ingestion alimentaire. On se souvient peut-être, en effet, qu'à plusieurs reprises, nous

Biz..., 17 ans. *État de mal de sommeil hystérique.*

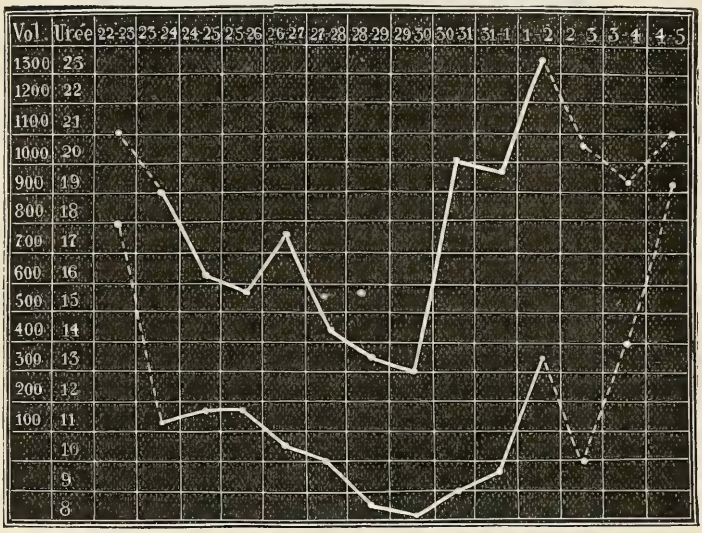


Fig. 27. — Les traits pointillés indiquent les périodes d'état normal avant et après l'attaque.

avons noté avec insistance que, pendant toute la durée de l'état de mal, jusqu'au moment précis du réveil, l'*alimentation avait été absolument nulle.* Qui peut donc ainsi, le malade n'absorbant rien, influencer les excrétions urinaires au point de doubler ou de tripler, pendant les deux ou trois derniers jours de l'état de mal, le volume de l'urine et le taux des matériaux solides, si ce n'est la névrose elle-même?

Désormais, croyons-nous, il faudra compter avec la

courbe excrétoire de l'hystérie, comme on a appris à se guider sur la courbe thermométrique de la pneumonie ou de la fièvre typhoïde, par exemple.

Il nous sera d'ailleurs permis d'ajouter que plusieurs auteurs ont repris nos recherches et sont arrivés à des résultats confirmatifs des nôtres.

Étudiant les attaques de sommeil hystérique, M. Löwenfeld (1) s'exprime ainsi qu'il suit : « Le résultat d'une de ces analyses fut le suivant : quantité de l'urine, 590 c. c. = 603 gr. ; réaction faiblement acide; poids spécifique, 1,012; albumine et sucre, néant; urée, 2 gr. 69 pour 100 ; acide urique, 0,053 pour 100 ; chlorure de sodium, 0,82 pour 100; acide phosphorique, 0,19 pour 100. Il y a donc diminution de l'urée par rapport au minimum normal chez une femme (20 gr. suivant Löbisch). En ce qui regarde le taux de l'acide phosphorique et du chlorure de sodium, celui-ci est sensiblement diminué par rapport à la normale ; sous ce rapport les résultats de l'analyse sont tout à fait confirmatifs de ceux obtenus par Gilles de la Tourette et Cathelineau. »

M. le professeur Hitzig (2) a étudié plusieurs attaques de léthargie chez un ouvrier de trente ans. A la simple inspection du graphique qu'il donne on peut prévoir la durée de l'état de mal (trois jours) et le retour à l'état normal, se jugeant comme dans nos cas par une chute du volume de l'urine (800 gr.) et de l'urée (5 gr. 93 par vingt-quatre heures) ; l'acide phosphorique ne fut pas examiné. En trois jours d'attaque, y compris les prodromes, le malade perdait jusqu'à 3 kilogr. 500 de son poids; il revenait aussi vite à la normale, le paroxysme fini.

Pour M. Hitzig, qui adopte complètement les idées de M. Charcot, l'attaque de sommeil n'est qu'un fragment de

(1) Lowenfeld, *Ueber hysterische Schlafzustände,* Bd XXIII, 1 Heft, p. 45.

(2) Hitzig, *On attacks of lethargy and on hypnotic suggestion,* lu au Congrès de psychologie expérimentale. Londres, 1892. *Brain, spring-summer number,* 1893, p. 203.

la grande attaque. De plus, l'étude de ce cas particulier permet de conclure que les attaques de sommeil spontané ne diffèrent en rien des périodes de sommeil provoqué ou hypnotique, ni au point de vue clinique, ni au point de vue des échanges nutritifs, ainsi que nous l'avons d'ailleurs démontré en 1890 (1).

*
* *

Si le pronostic des attaques de sommeil est facile à établir, il n'en est pas toujours de même du *diagnostic*.

Il existe en effet un grand nombre d'affections dont les manifestations peuvent simuler le sommeil, la léthargie, le coma hystérique, ces divers termes étant synonymes dans la circonstance. Qu'on ouvre un traité de pathologie générale, et l'on verra combien chacun de ces états prête à l'étude séméiologique (2).

Le sujet est dans le coma : ce coma a-t-il une origine hystérique, dynamique, ou bien est-il sous la dépendance d'une lésion cérébrale : hémorragie, ramollissement, tumeur, attaques apoplectiformes de la paralysie générale, etc. (3)?

Évidemment, en matière d'hystérie, la connaissance des antécédents sera toujours d'un précieux secours, et nous savons que l'attaque de sommeil n'est que très rarement

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hypnotisme. Progrès médical,* n° 17, 26 avril 1890.

(2) G. W. Jacoby, *Periodical sleep seizures of an epileptic nature. The New-York med. Journ.,* 20 mai 1893. — Féré, *Le sommeil paroxystique. Sem. méd.*. 18 octobre 1893, etc,

(3) L'hystérie peut s'associer avec la paralysie générale ainsi que l'a montré M. Ph. Rey (*Note sur la paralysie générale chez la femme; de l'hystérie chez les femmes atteintes de paralysie générale. Annales médico-psychologiques,* 1885, t, II, p. 421.) Dans ces cas dit l'auteur, « l'hystérie s'atténue ou disparaît dans le cours de la paralysie générale; il est probable que dans beaucoup de cas elle s'atténue ou disparaît au moment de l'invasion de l'affection paralytique ». Voy. aussi F. Vizioli, *Degli accessi di letargia nel corso della paralisi progressiva. Lavori del Congresso di medic interna,* Milan, 1891, t. IV, p. 354

la première manifestation éclatante de la névrose; mais il faut supposer aussi, comme nous l'avons dit, que le malade a été ramassé dans la rue, apporté à l'hôpital, et que tous renseignements sur son passé pathologique font défaut.

L'aspect général de l'individu peut déjà fournir quelques renseignements, et Briquet, relatant (p. 424) une observation d'apoplexie hystérique, disait : « Marie B... n'a pas sur la face l'empreinte de la stupeur que M. Rochoux donne comme un caractère d'apoplexie; au contraire, elle a l'expression d'un sommeil paisible qui éloigne toute idée de souffrance; il n'y a pas cette sterteur si ordinaire dans l'apoplexie. » Il réagissait ainsi contre l'opinion trop exclusive de Sydenham : « Quand l'hystérie attaque le cerveau, elle produit quelquefois une apoplexie entièrement semblable à l'apoplexie ordinaire et qui se termine de même par une hémiplégie. »

A ne s'en tenir qu'au phénomène de *stertor*, textuellement synonyme de *ronflement* (Littré et Robin), on pourrait se tromper, car il est des sujets qui, à l'exemple du malade de Gairdner, présentent du ronflement (*snoring*), bien que nous n'ayons trouvé noté ce phénomène que dans cette seule observation.

Mais l'aspect du malade prête un peu trop à l'appréciation personnelle, et l'étude de la température sera surtout d'une importance capitale dans la circonstance : elle seule donne, comme l'ont démontré MM. Charcot et Bourneville, des résultats véritablement précis, en dehors de toute contestation.

On peut en effet poser la règle suivante : dans l'attaque de sommeil, la température reste normale ou s'élève à peine d'un demi à un degré, et encore faut-il, dans la majorité des cas, qu'il existe de la constipation; dans les lésions du cerveau : hémorragie, ramollissement, tumeurs; dans les attaques apoplectiformes de la paralysie générale ou de la sclérose en plaques, dans les états de mal épileptique ou éclamptique (qui pourraient être parfois confondus avec

l'attaque de sommeil) (1), elle s'élève à 39, 40, 41 et même 43°, 8, comme nous l'avons observé une fois nous-même, surtout lorsque la terminaison doit être fatale à brève échéance.

Dans la première période de l'hémorragie cérébrale, la température descend *au-dessous* de la normale, fait important lorsqu'on est appelé au début des accidents. A rapprocher de cette hypothermie celle que l'on observe dans les attaques d'urémie comateuse (Bourneville).

On peut donc déjà, de l'étude seule de la température centrale, alors que la connaissance est encore abolie, tirer de précieux indices conduisant à affirmer que l'on se trouve ou non en présence d'une attaque de sommeil.

Pendant l'attaque il survient fréquemment des phénomènes qui pourraient simuler des contractures organiques nées au cours d'un état apoplectique vrai. Mais ces contractures organiques se présentent le plus souvent, sinon toujours, sous forme d'hémicontracture, — rare dans l'attaque de sommeil hystérique, — et sont alors l'indice d'une inondation ventriculaire ou d'une excitation méningée périphérique qui ne vont jamais sans une élévation considérable de la température. L'ascension thermique jugerait également les contractures monoplégiques de semblable origine.

Pour ce qui est de l'hémiplégie flasque, si souvent notée dans les deux cas, son diagnostic causal n'a véritablement d'intérêt qu'au sortir de l'attaque ou de l'apoplexie vraie : nous y reviendrons dans un chapitre spécial.

Il est bien entendu qu'on devra toujours pratiquer l'examen de l'urine, quitte à la recueillir à la sonde : outre les caractères spéciaux qui appartiennent à l'hystérie, la présence de l'albumine ou du sucre entraînant avec elle la notion du coma urémique ou diabétique.

(1) Dehio, *Ueber einige Schlafzustände. Saint-Pétersburg med. Wochens.*, n° 22, 29 mai 1893.

*
* *

Sous le nom de *narcolepsie* (maladie du sommeil), M. Gélineau a décrit, en 1881, une affection dont il voudrait faire une entité morbide. Elle consiste dans un besoin de dormir subit, irrésistible, ordinairement de courte durée, se reproduisant à des intervalles plus ou moins rapprochés. Le sommeil est presque toujours spontané, mais il peut aussi être provoqué par des influences diverses parmi lesquelles les émotions jouent le plus grand rôle. Les accès durent de quelques secondes à plusieurs minutes. Il est rare que le sommeil se montre assez subitement pour que, s'affaissant dans la rue par exemple, le malade n'ait pas le temps de se garer d'une voiture. Il n'y a jamais ni morsure de la langue, ni évacuations involontaires. L'état physique reste excellent.

M. Ballet (1) se refuse à voir dans la *maladie du sommeil* autre chose qu'un symptôme qui présente, à la vérité, une physionomie spéciale, mais ne saurait constituer à lui seul une entité morbide; M. Samain (2) a adopté la même opinion. Il est certain, en effet, que parmi les cas de narcolepsie deutéropathique rapportés par M. Gélineau il est des malades manifestement hystériques.

M. Parmentier, ancien interne de M. Charcot, a réuni dans un intéressant mémoire (*op. cit.*), à propos d'un cas observé à la Clinique de la Salpêtrière, neuf observations, tant personnelles que déjà publiées, dans lesquelles l'attaque de sommeil hystérique revêtait la forme narcoleptique. Après avoir exposé la physionomie spéciale de cette variété du paroxysme, il s'efforce de la différencier de la narcolepsie vraie décrite par Gélineau sans « avoir

(1) Ballet, *Contribution à l'étude du sommeil pathologique. Quelques cas de narcolepsie. Revue de médecine*, t. II, p. 945, 1882.

(2) Samain, *Contribution à l'étude de la narcolepsie. Ses rapports avec l'hystérie et l'épilepsie.* Thèse. Paris, 1893-94. — *Ibid. Un cas de maladie du sommeil, variété narcolepsie. Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1893, t. II, p. 152.

la prétention de prendre part au débat et de trancher la question de savoir si la narcolepsie doit être envisagée comme une névrose ou comme un symptôme. »

« Quels sont les symptômes communs? dit-il. Le début brusque, le réveil rapide, les bâillements, l'occlusion des paupières, l'abandon du corps, la nécessité de s'étendre de crainte de tomber, mais non dans tous les cas; nous avons su, par exemple, que notre malade était pris de son prétendu sommeil en marchant, que plusieurs fois il lui est arrivé de heurter les passants sans se réveiller et de s'attirer ainsi toutes sortes de mésaventures. Il est, en effet, exceptionnel que les membres soient dans le relâchement complet; sans doute, ils paraissent être en résolution musculaire et retombent lorsqu'on les soulève; ils finissent cependant par garder pendant quelques instants l'attitude qu'on leur donne, si on insiste tant soit peu : en un mot, ils présentent un certain degré d'hyperexcitabilité musculaire. Parfois même tout le corps est rigide, dans un état cataleptiforme. Or, rien de semblable ne s'observe dans la narcolepsie. Ce n'est pas tout. Les paupières sont animées de petites vibrations et ne se laissent écarter qu'avec la plus grande difficulté. Les globes oculaires sont convulsés en dedans, les dents serrées par un trismus qu'il est fort difficile sinon impossible de vaincre, les sourcils contractés et la fossette du menton creusée davantage. La respiration est loin d'être aussi calme qu'on le prétend. Qu'on lise nos tracés; on y verra des arrêts respiratoires de vingt-cinq secondes, de petites inspirations saccadées en série, ou de larges inspirations subites, comme convulsives. Le pouls lui-même nous a paru irrégulier. Il n'y a pas de ronflement. Enfin nous avons signalé dans notre observation l'effet produit par la compression d'une zone hystérogène : immédiatement le corps décrit un arc de cercle, les membres deviennent rigides, un peu de mousse apparaît aux lèvres. En a-t-il jamais été ainsi dans la narcolepsie? Qu'il y ait une certaine analogie, nous l'acceptons volontiers, d'autant plus que nous avons vu décrire sous le

nom de narcolepsie des exemples indiscutables de sommeil hystérique, mais il n'y a pas identité. Pour peu qu'on analyse les symptômes, on s'aperçoit qu'il existe des différences si profondes qu'il n'est pas permis de confondre ces deux espèces de sommeil. »

Nous souscrivons très volontiers aux arguments mis en avant par M. Parmentier. Mais nous croyons que, dans ces attaques d'hystérie *à forme narcoleptique*, ce sera surtout sur les accidents convulsifs antérieurs ou sur les stigmates permanents, bien plus que sur l'aspect de l'attaque elle-même, qu'il faudra se baser pour établir un diagnostic qui, dans certains cas, pourra offrir de réelles difficultés.

*
* *

Abordons maintenant le diagnostic différentiel, également fort difficile parfois, de l'attaque de sommeil hystérique avec certains cas de *stupeur mélancolique à forme léthargique ou dépressive*.

En 1869, M. Legrand du Saulle publiait dans la *Gazette des Hôpitaux* (1) un mémoire intéressant sur ce sujet, encore à l'étude aujourd'hui. Il rapportait l'observation d'un individu âgé de trente-deux ans, chez lequel le *sommeil apparent* — retenons ce terme — n'avait pas discontinué pendant sept mois consécutifs. La sonde œsophagienne fut introduite 750 fois ; la température ne dépassa pas 37°,5 ; l'autopsie ne révéla aucune lésion.

M. Legrand du Saulle analysait à propos de son cas une brochure de Timermans (2) qui avait porté la question devant l'Académie de Turin. Les savants italiens ne parvinrent pas, du reste, à s'entendre, et la discussion (3) res-

(1) Legrand du Saulle, *Stupeur mélancolique à forme léthargique. Sommeil apparent et non discontinué pendant plus de sept mois. Simulation de la mort. Gazette des Hôpitaux*, 1869, n^or 128, 130, 131.

(2) Timermans, *Storia di uno encefalopatia con letargo maniaco (sonno de sei mesi) con osservazioni e commenti.* Turin, 1869.

(3) Olivetti, *Il letargo e la mania possono coesistere.* Turin, 1869.

sembla singulièrement à celle qui avait eu lieu sur les *Névroses extraordinaires,* en 1858, devant la Société médico-psychologique, à l'instigation de Cerise.

De cette discussion, il résulta néanmoins que chez les malades de cet ordre, le sommeil, lorsqu'il existe véritablement, est discontinu; ce sont de véritables aliénés, des délirants chroniques, et Timermans nous semble avoir donné la note juste en écrivant qu' « une idée mélancolique portait son sujet à une léthargie maniaque avec abstinence complète ». Ces aliénés, guidés par leur idée fixe, raisonnent pour ainsi dire leur stupeur, qui n'est pas un véritable sommeil dans le sens qu'on attache à ce mot.

Nous avons dit que l'autopsie n'avait révélé aucune lésion du système nerveux chez le malade de Legrand du Saulle; de même chez le sujet de Timermans. Toutefois, il en fut autrement pour cet individu observé par Semelaigne (1), qui rentrait, à ce qu'il semblait, dans la même catégorie, et chez lequel le sommeil, ou mieux la stupeur mélancolique, ne dura pas moins de quatre ans et sept mois et demi. L'examen cadavérique montra les lésions de la paralysie générale.

Depuis 1869, ces cas de stupeur mélancolique à forme léthargique ont été l'objet de nombreux travaux, et sous le nom de *catatonie,* Kahlbaum (2) a décrit, en 1874, une maladie qu'il croit spéciale et qui, dans tous les cas, paraît avoir été souvent confondue avec la névrose.

Dans les observations de Kahlbaum, il est des faits qui doivent être sans hésitation rapportés à l'hystérie; il en est d'autres dans lesquels l'hystérie et la catatonie ou la mélancolie avec stupeur, qu'on lui donne le nom qu'on voudra, sont associées; il en est enfin où la catatonie existe seule.

(1) Semelaigne, *Contribution à l'étude du sommeil pathologique chez les aliénés. Annales médico-psychologiques,* 1885, t. I, p. 20.

(2) Kahlbaum, *Die Katatonie,* Berlin, 1874. Voir à ce sujet une intéressante *Revue* de Séglas et Chaslin : *La catatonie. Arch. de Neurologie,* 1884, nos 44, 45, 46.

« D'après Kahlbaum, disent MM. Séglas et Besançon (1), la catatonie serait une maladie cérébrale à marche changeant d'une façon cyclique et présentant, comme phénomène capital, des troubles du système nerveux moteur ayant le caractère de la crampe.

« Le *stade initial* est un stade de *dépression mélancolique* ne différant guère de la mélancolie commune. Au début, il y a souvent des mouvements spasmodiques convulsifs, arrivant par attaques.

« Puis vient un *stade d'excitation,* qui peut cependant manquer; en général il est assez court. Comme ensemble, c'est, ou bien de la mélancolie agitée, anxieuse, ou bien l'excitation maniaque la plus violente, ou bien un délire systématisé (*Wahnsinn*) plus fixe. On rencontre alors quelques symptômes qui seraient particuliers à la catatonie. C'est d'abord le *caractère pathétique* sous forme d'exaltation théâtrale, d'extase tragico-religieuse que révèlent les paroles et les actes des malades; puis la *verbigération* ou répétition de mots et de phrases sans aucun sens ou ne se suivant pas, mais prononcés comme si le malade faisait un discours; les gestes stéréotypés, les attitudes bizarres, les grimaces spéciales.

« Dans le stade suivant, *stade catatonique,* la maladie revêt tous les caractères de la *mélancolie avec stupeur.* C'est là que l'on rencontre les phénomènes moteurs caractéristiques, sous forme de convulsions toniques ou cloniques, ou sous forme de raideurs musculaires, ou sous forme d'états cataleptoïdes.

« Il faut noter aussi le mutisme, des rires subits, la monotonie des actes, la résistance systématique, le refus d'aliments. Ce stade peut durer des semaines ou des mois.

« Le stade suivant, d'une durée souvent plus longue encore, consiste surtout en des alternatives d'excitation

(1) Séglas et Besançon, *Une observation de mélancolie cataleptiforme. Nouv. Icon. de la Salpêtrière,* t. II, 1889, p. 65. — Voir aussi Sollier et Souques, *Un cas de mélancolie cataleptiforme. Ibid.,* t. III, 1890, p. 120.

ou de stupeur avec leurs phénomènes particuliers que nous venons de décrire. Les idées religieuses et érotiques sont très fréquentes.

« Quand la maladie ne guérit pas, elle passe au stade terminal, celui de démence. Ce serait la terminaison la plus fréquente. »

Nous croyons, pour notre part, que pendant le stade catatonique le malade peut parfaitement être pris pour un dormeur hystérique avec contractures cataleptiformes. Il reste couché; la sensibilité générale et spéciale est complètement abolie; il existe du frémissement vibratoire des paupières; par suite du trismus, presque toujours présent, l'alimentation doit se faire à la sonde; vient-on à soulever, avec peine d'ailleurs, un membre toujours en état de demi-contracture, celui-ci garde la position qu'on lui donne jusqu'à ce que la résistance musculaire soit vaincue.

En pareille occurrence, le diagnostic est difficile, d'autant que la mélancolie cataleptiforme ou la catatonie, le nom importe peu, semble s'associer parfois avec l'hystérie.

L'observation I de notre mémoire sur les attaques de sommeil paraît être un exemple de cette association morbide. A la suite d'une vive frayeur, la malade qui en fait l'objet fut prise d'attaques convulsives d'origine très probablement hystérique, et elle tomba (31 mai 1883) dans le stade catatonique, où elle est encore aujourd'hui, c'est-à-dire depuis plus de onze ans. Elle y était certainement du moins en novembre 1894, d'après les renseignements qui nous furent fournis par le Dr Charlier, d'Origny-Sainte-Benoîte, avec lequel nous l'avions visitée le 7 avril 1887.

Il existait, lorsque nous la vîmes, une zone hystérogène de la région sternale dont la pression semblait fort inquiéter la malade; le 10 décembre 1889, cette zone avait disparu. A notre avis, cette observation, que nous avions publiée comme un exemple de sommeil hystérique, doit être — tout en faisant la part de l'hystérie indéniable dans

la circonstance — considérée comme un cas de catatonie ou de mélancolie cataleptiforme (1).

En février 1892, nous avons vu en consultation, dans le département de l'Aisne, une malade de dix-neuf ans qui depuis dix-huit mois était couchée, les yeux fermés, avec raideur cataleptiforme, mutisme, trismus, anesthésie totale, refus d'aliments, etc. Le diagnostic porté avait été « état de mal hystérique cataleptiforme avec sommeil ».

Le diagnostic était erroné; l'hystérie ne coexistait même pas, la malade était entrée lentement dans la stupeur mélancolique par des troubles mentaux. Nous portâmes celui de catatonie, que confirmèrent les événements, la malade étant sortie de son pseudo-sommeil pour entrer dans une période de démence qui durait encore en juillet 1894. Et pourtant les médecins qui soignaient cette malade étaient fort au courant des maladies du système nerveux.

C'est probablement un cas de même ordre qu'a observé Berkhan (2). La malade, âgée de quinze ans, tomba dans un sommeil continu qui dura six mois, et s'accompagna d'anesthésie totale, d'incontinence d'urine et d'une résolution musculaire telle que son père la crut morte; puis survinrent des attitudes cataleptiformes. Elle guérit cependant, mais deux ans plus tard retomba dans un état analogue qui dura onze mois. Berkhan penche vers la névrose, bien que dans l'intervalle des périodes morbides il n'y ait jamais eu de manifestations hystériques. Autant que nous en puissions juger, il s'agit là de stupeur mélancolique avec attitudes cataleptiformes, et il est bien à craindre que la démence ne soit un jour la terminaison d'un accès.

Devant les difficultés du diagnostic à établir entre l'attaque de sommeil avec contractures cataleptiformes et le stade catatonique de la mélancolie avec stupeur, on se sou-

(1) L'histoire de cette malade a été publiée dans de nombreux journaux médicaux ou politiques sous le titre de : *La dormeuse de Thenelles*.

(2) Berkhan, *Ein Fall von Psychore mit halbjähriger Lethargie. Allg. Zeits. f. Psych.*, Bd L, 1893, p. 526.

viendra surtout que la catatonie est généralement précédée d'une période plus ou moins longue de troubles mentaux ressemblant à ceux de la mélancolie commune; c'est là un des meilleurs éléments d'appréciation, l'attaque de sommeil débutant presque toujours d'une façon brusque. En outre, on constate souvent dans ce dernier cas la présence de zones hystérogènes; mais il ne faut pas oublier que l'hystérie et la catatonie peuvent s'associer.

Nous ne connaissons pas d'observation récente, c'est-à-dire offrant les meilleures garanties de précision, où l'attaque de sommeil ait duré plus de cinq à six semaines consécutives, car les faits de Pfendler sont sujets à discussion. Or le stade catatonique simulant l'attaque hystérique peut durer onze ans et plus, comme dans le premier cas de notre mémoire, et dix-huit mois dans le second que nous avons observé et qui s'est terminé par la démence. L'hystérique, après son état de mal, s'il reste sujet aux autres accidents de la névrose, n'est jamais un dément, car le délire qui parfois termine l'attaque de sommeil est toujours passager.

Enfin, il ne meurt pas comme il arrive parfois dans la catatonie. Cette différence de pronostic dans les deux cas serait donc suffisante à elle seule pour justifier les développements dans lesquels nous sommes entré, sans parler au point de vue du diagnostic des échanges nutritifs si spéciaux dans l'attaque et l'état de mal de sommeil hystérique; mais nous ignorons, à ce point de vue, ce qui existe dans la catatonie.

*
* *

Nous croyons qu'aujourd'hui il est impossible de confondre la léthargie hystérique, accompagnée de résolution musculaire absolue (*mort apparente*), avec la *mort réelle*.

Le cadavre, comme tout corps privé de vie, tend au bout d'un certain nombre d'heures à se mettre à l'unisson avec la température ambiante. Si la symptomatologie

que nous avons donnée de l'attaque de sommeil n'était pas suffisante, la simple investigation thermométrique rectale ou vaginale trancherait, croyons-nous, rapidement la question.

Une attaque de léthargie hystérique peut-elle être simulée? Nous pourrions répondre : autrefois, peut-être; aujourd'hui, certainement non; tout au moins le simulateur n'en imposerait-il pas longtemps. Que dire cependant de cette trente-deuxième observation de Pfendler que nous rapportons comme étant la seule de cet ordre que nous ayons trouvée dans les auteurs :

« *Léthargie simulée.* — Adam Phinéas, âgé de dix-huit ans, servait depuis deux ans dans les armées autrichiennes, lorsqu'il abandonna son corps. Repris le 26 avril 1811, il devait subir la peine des déserteurs (*garsen laufen*), peine qui consiste à faire passer le coupable dans une haie formée par trois cents soldats armés d'une baguette pour recevoir cinq à six mille coups sur le dos. Quelquefois, quand le jugement est plus gracieux, on n'inflige que cent coups sur les fesses. Cette punition existe encore dans quelques États de l'Allemagne, et rarement un vendredi se passe à Vienne sans que trois ou quatre exécutions de ce genre n'aient lieu. Cette coutume, qui tient de la barbarie la plus affreuse des nègres, déshonore notre siècle et prive les gouvernements des soldats robustes qui, après cette infâme punition, succombent souvent à des maladies de poitrine. Pour se soustraire à cette correction, Phinéas simula un état léthargique pendant quarante-trois jours. Aucun moyen irritant n'avait de l'efficacité : si on lui relevait un membre, il retombait sans vie, le teint était pâle, mais la respiration et le pouls étaient normaux. On lui donna des œufs avec du vin, quelquefois du thé, par les ouvertures des dents absentes, car il simulait même un trismus. Il ne montrait aucune sensibilité lorsqu'on lui enfonçait des aiguilles sous les ongles. On soupçonna que le siège de la maladie était dans le crâne, le malade ayant déclaré auparavant à ses amis qu'il avait fait une chute.

On proposa de fendre le cuir chevelu avec un scalpel pour reconnaître si le crâne était réellement atteint. Cette opération fut annoncée à ses parents assis à côté de son lit, pour que le malade l'entendît. On pratiqua trois incisions, le cuir chevelu fut enlevé et le crâne ratissé. Pendant cette opération, le malade ne manifesta aucun signe de douleur; seulement il soupira d'une manière presque inappréciable lorsqu'on lui ratissa le crâne. La maladie étant déclarée incurable, le malade reçut son congé et fut renvoyé dans ses foyers. Deux jours s'étaient à peine écoulés depuis son arrivée chez lui, qu'il parlait avec tous ses amis et aida même son père à découvrir les toits. »

Sans vouloir insister sur ce fait qui, nous l'avons dit, nous paraît unique dans son genre, il nous sera permis de dire que le sujet n'était peut-être pas un simulateur. La léthargie était survenue à la suite d'une prétendue chute, et l'on sait le rôle que joue le traumatisme dans l'apparition et le développement des accidents hystérique. Nous ferons remarquer que l'insensibilité était complète et surtout qu'il existait du *trismus*. Ajoutons encore que Briquet (p. 427) considère, lui aussi, cette observation comme un exemple de léthargie réelle et non simulée.

*
* *

Quelles relations existent entre la léthargie hystérique et la léthargie hypnotique? Peut-on les différencier l'une de l'autre?

Nous touchons ici à la question générale des rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme, qui sera discutée ultérieurement; aussi notre réponse sera-t-elle brève. A notre avis, ces deux manifestations sont *essentiellement* identiques. Depuis 1887, date de l'apparition de la première édition de notre ouvrage sur *l'Hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal,* nous n'avons cessé de soutenir qu'on ne pouvait provoquer les phénomènes du grand hypnotisme, le seul véritablement scientifique, que

chez les individus hystériques. Depuis cette époque, cette opinion est devenue pour nous une véritable conviction. Elle a été singulièrement corroborée par ce fait, résultant de recherches entreprises avec M. Cathelineau (1), qu'une période de léthargie hypnotique provoquée donnait, chimiquement, à égalité de durée, les mêmes modifications des échanges nutritifs qu'une attaque spontanée de léthargie hystérique.

M. Pitres n'a-t-il pas démontré que chez le même sujet hystérique il pouvait exister des zones à la fois hypnogènes et hystérogènes?

M. Löwenfeld, qui ne nie pas d'ailleurs ces analogies si évidentes, dit que dans la léthargie hystérique la malade est incapable de répondre aux questions qu'on lui adresse. Il n'en est pas toujours ainsi, et certains léthargiques hystériques sont parfaitement susceptibles d'entendre quand on leur parle et de recevoir des suggestions par les divers sens. Dira-t-on que ces sujets sont en somnambulisme? Mais nous n'aurons pas de peine, croyons-nous, à démontrer que le somnambulisme hystérique et le somnambulisme hypnotique ne font qu'un.

A notre avis, il n'existe pas de différences entre la léthargie hystérique et la léthargie hypnotique ; la notion de provocation permet seule d'établir une différenciation qui porte d'ailleurs uniquement sur l'étiologie et non sur l'essence même de la manifestation ; de ce fait la question est de minime importance.

*
* *

Cette discussion a cependant son intérêt, car l'attaque de sommeil ou de léthargie hystérique prête à des *considérations médico-légales* inséparables de celles que nous avons exposées dans notre livre sur l'hypnotisme.

Nous avons montré, en effet, dans une communication

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hypnotisme. Progrès médical,* 20 décembre 1890.

à la *Société de médecine légale* (1), que le viol était le crime ordinairement commis sur les femmes hypnotisées. Or toutes les observations que nous avons pu recueillir avaient trait à des hystériques. On comprend d'ailleurs combien, dans l'état de sommeil profond où sont plongés certains sujets, ce crime peut être facilement perpétré.

Nous allons passer ces faits en revue, en faisant ressortir que l'attaque de sommeil hystérique provoquée ou spontanée était indéniable dans tous les cas.

M. le professeur Pitres (2), de Bordeaux, nous a communiqué l'observation d'une malade hystérique qui portait sur les membres, coudes et creux poplités, des zones symétriques dont la pression déterminait immédiatement le sommeil léthargique. Entraînée dans une partie de plaisir par une autre hystérique qui connaissait parfaitement l'existence de cette particularité, elle fut saisie par les bras, en voulant se défendre, tomba en léthargie et fut violée.

M. le professeur Brouardel (3) a rapporté le cas d'une jeune fille de Rouen « hystérique non convulsive tombant dans un état de sommeil nerveux » qui fut violée par un dentiste. Celui-ci avoua et fut condamné. L'inculpé avait pratiqué, semble-t-il, des manœuvres hypnotiques sur sa cliente, mais nous savons que rien n'est plus efficace que ces manœuvres pour déterminer une attaque d'hystérie à forme léthargique ou autre.

M. Ladame (4) a donné la relation d'un cas fort analogue ; nous n'y insistons pas, parce que dans le rapport qu'il publia

(1) Gilles de la Tourette, *Le viol dans l'hypnotisme et les états analogues*, séance du 2 août 1886.

(2) Voir *L'hypnotisme et les états analogues*, p. 178.

(3) P. Brouardel, *Accusation de viol pendant le sommeil hypnotique. Relation médico-légale* de l'affaire Lévy, dentiste à Rouen. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1879, 3e série, t. I, p. 39. — *L'hypnotisme et les états analogues*, p. 329.

(4) *La névrose hypnotique devant la médecine légale. Du viol pendant le sommeil hypnotique. Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. VII, janvier 1882.

il n'est pas parlé de l'état pathologique de la personne violée. M. Ladame (1) nous a appris, depuis cette époque, qu'il n'avait pas vu la plaignante, n'ayant été appelé à se prononcer que sur un questionnaire à lui remis par le procureur général.

Il est à remarquer que, dans les deux cas précédents, les victimes tombèrent, dès la première tentative d'hypnotisation supposée, dans un état léthargique avec inconscience. Or, lorsqu'une manœuvre hypnotique ne détermine pas d'emblée une attaque de léthargie hystérique, il est bien rare que l'état qualifié d'hypnotique, obtenu pour la première fois, soit assez profond pour que le viol puisse s'y accomplir.

La léthargie hystérique n'est pas douteuse dans le cas rapporté par M. Mabille (2) et relatif à une jeune fille de vingt-deux ans qui fut violée par quatre individus. Outre la présence de stigmates sensitivo-sensoriels indéniables, il existait des attaques de sommeil qui se produisirent spontanément devant le magistrat instructeur.

Tardieu (3) a donné une observation dans laquelle un mendiant du nom de Castellan plongea dans une sorte de délire entrecoupé de « *crises hystériques avec léthargie* » une jeune fille de vingt-six ans dont il abusa à diverses reprises.

Nous avons essayé, dans notre livre sur l'hypnotisme, en présence de ces cas, de tracer les règles de l'*expertise médico-légale*, ce qui n'est pas facile, les observations à ce point de vue n'étant pas toujours comparables entre elles. Il en est en effet où la léthargie s'était accompagnée de perte de connaissance complète et d'oubli absolu, au réveil, de ce qui s'était passé pendant l'attaque (cas de Pitres,

(1) Ladame, *L'hypnotisme et la médecine légale*. Lyon, Storck, édit., 1888, p. 38.

(2) Mabille, *Rapport médico-légal sur un cas de viol et d'attentat à la pudeur avec violences commis sur une jeune fille atteinte d'hystérie avec crises de sommeil. Annales méd. psych.*, 6e série, t. II, 1884, p. 83.

(3) Tardieu, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*. 7e édit., Paris, 1878, p. 92.

Brouardel, Ladame, Mabille). Ce furent des circonstances contingentes, en particulier une grossesse inexplicable et la présence de témoins (cas de Mabille), qui mirent la justice en mouvement, permirent de reconstituer la scène et d'arriver à savoir comment les choses s'étaient exactement passées.

Mais on peut supposer aussi qu'il s'agisse de ces cas dits de *léthargie lucide* dans lesquels l'hystérique, tout en étant plongée dans une résolution profonde qui la rend incapable de se soustraire aux violences dont elle est l'objet, conserve la conscience et se fasse accusatrice au réveil. Doit-on croire à la réalité de son récit, si elle n'apporte d'autre preuve que son propre témoignage ?

On se rappellera que dans l'attaque de sommeil, comme dans l'attaque convulsive, il existe un rêve ; de même que dans la malheureuse affaire La Roncière-Le Nourry, si souvent citée, l'accusatrice pourra être le jouet d'une hallucination.

Enfin une femme, très réellement hystérique avec attaques de sommeil, peut se livrer à une tentative de chantage.

C'est ce qui arriva dans le cas suivant, que notre savant maître, M. Brouardel, voulut bien nous permettre d'étudier avec lui et qui eut son épilogue le 17 juin 1886 devant les assises de la Seine (1).

La demoiselle G..., hystérique confirmée, sujette à des attaques dans lesquelles les phénomènes léthargiques ne duraient pas moins de trois à quatre heures, accusait le sieur T... de l'avoir violée pendant une de ses crises. Or il résulta des dépositions que G... était depuis longtemps la maîtresse avouée du sieur T... et que celui-ci n'avait eu nullement besoin de profiter d'une de ses attaques de léthargie hystérique, parfaitement réelles d'ailleurs, pour obtenir ses faveurs. Suggérée par sa mère, à laquelle le sieur T... avait réclamé une somme d'argent qu'il lui avait prêtée,

(1) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues*, 2e édit., p. 519 et suiv. — Voy. aussi t. I, p. 529.

G... s'était faite accusatrice. Les faits étaient si bien présentés, *grâce à la possibilité même* de la perpétration du crime pendant le sommeil léthargique, que le parquet n'hésita pas à poursuivre. A l'audience, le ministère public abandonna l'accusation.

Nous nous arrêtons là dans ces considérations médico-légales; à ce point de vue, chaque cas prête, nous le répétons, à des interprétations particulières qui peuvent être fort variées; nous renvoyons le lecteur à ce que nous en avons dit ailleurs. Il nous suffit, dans le présent ouvrage, d'avoir démontré que le viol peut être perpétré pendant la léthargie hystérique, le plus souvent, à ce qu'il semble, sans que la malade en ait conscience.

CHAPITRE SEPTIÈME

L'ATTAQUE CATALEPTIQUE. — L'ATTAQUE DE DÉLIRE ET LES ÉTATS DÉLIRANTS.

L'ATTAQUE CATALEPTIQUE. — Considérations historiques sur la catalepsie : Georget; Bourdin; Puel; Briquet; Falret; P. Richer. — Intensité des hallucinations. — *Formes de l'attaque cataleptique :* La catalepsie se mélange aux autres phénomènes de la grande attaque. La catalepsie paraît seule en cause. — Description. — *État de mal cataleptique.* — Considérations sur les excreta urinaires.

L'ATTAQUE DÉLIRANTE : Briquet; Charcot; Pitres. — Fréquence chez l'enfant. — *Variétés :* Forme maniaque; Délire mélancolique; Mélancolie stupide et gâtisme; Forme hallucinatoire; *Galéanthropie.* — L'attaque de délire ecmnésique.

LES ÉTATS DE MAL DÉLIRANTS. Description. — Diagnostic; Pronostic. — Considérations sur les excreta urinaires.

Ainsi que nous l'avons dit au courant de la description générale de la grande attaque hystérique, à partir de la deuxième période reparaît l'activité psychique, qui semblait avoir disparu pendant les convulsions toniques et cloniques, pendant le stertor.

Cette activité s'exalte singulièrement à mesure que le paroxysme approche de sa fin; elle revêt alors tous les caractères du délire. Notre intention n'est pas de revenir sur une description que nous avons déjà donnée; nous voulons simplement insister sur quelques formes de l'attaque constituées par des modifications importantes des dernières périodes : attitudes passionnelles et délire, et en faire ressortir les particularités.

*
* *

Pendant les attitudes passionnelles, il semble que le rêve de l'attaque, jusqu'alors incoordonné dans son expres-

sion, se discipline, s'objective pour ainsi dire. Parmi ces attitudes, il en est qui se groupent d'une manière toute spéciale et qui, de ce fait, méritent d'être étudiées, d'autant qu'elles peuvent prêter à confusion avec des manifestations plus ou moins similaires. Nous voulons parler de celles qui constituent la variété du paroxysme « par immixtion de phénomènes de catalepsie, ou attaques de catalepsie », de la nomenclature de M. P. Richer. Disons immédiatement que l'attaque d'*extase* en diffère trop peu

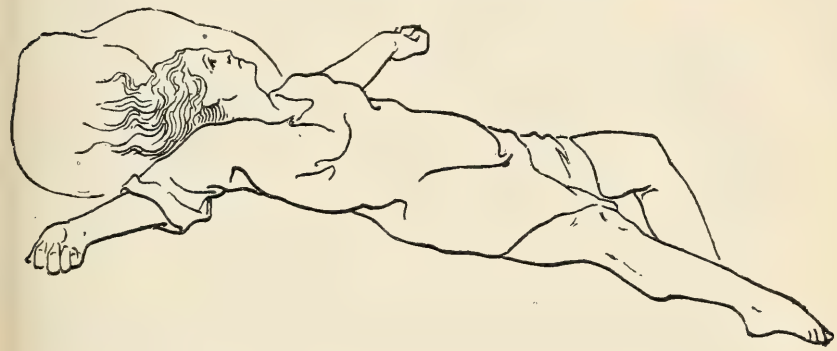


Fig. 28. — Attitude passionnelle. Extase. (P. R.)

pour que nous lui consacrions autre chose qu'une simple mention (fig. 28).

La catalepsie en tant que phénomène purement objectif n'appartient pas en propre à l'hystérie (1). Nous avons, en traitant des attaques de sommeil, signalé ces formes de l'aliénation mentale décrites sous le nom de catatonie et de mélancolie, dans lesquelles on observe des attitudes cataleptiformes. Nous insistions sur ce fait qu'on pouvait les confondre avec les attaques de léthargie : à plus forte

(1) Jaja, *Uno caso di catalessia cosciente con conservazione della parola. Gazzetta med. di Puglie,* Bari, 1890, t. X, p. 49. — Hospital, *Considérations sur la catalepsie. Ann. méd. psych.* mai-juin 1892. — Drysdale, *A case of catalepsy in a patient with general tuberculosis. Lancet,* Londres, 1892, t. II, p. 610. — Brissaud, *Urémie cérébrale avec attitudes cataleptoïdes. Sem. méd.,* 1893, p. 125. — Lloyd, *A case of catalepsy. Brit. med. Journ.,* 1893, t. II.

raison, le diagnostic pourrait-il se poser avec les attaques de catalepsie. Ce que nous avons dit alors et l'exposé que nous allons faire de la catalepsie hystérique nous dispenseront de nous appesantir davantage sur le diagnostic différentiel des états cataleptiques.

Il n'est pas inutile de montrer, au moins sommairement, quelle a été l'évolution des esprits en ce qui regarde la catalepsie envisagée dans son sens le plus général.

On trouvera dans le mémoire de Puel, qui, en 1855, remporta le prix Civrieux à l'Académie de médecine, un historique très détaillé de ce syndrome qu'il définit en ces termes :

« La catalepsie est une névrose intermittente, essentiellement caractérisée par l'impossibilité où est le malade de changer volontairement d'attitude, tandis qu'une personne étrangère peut, à son gré, faire passer successivement tous les muscles de la vie animale par tous les degrés intermédiaires entre les limites extrêmes de contraction et d'extension (1). »

Cette définition n'est pas tout à fait exacte, au moins en ce qui concerne la catalepsie hystérique. Car s'il est vrai que les membres peuvent y conserver l'attitude qu'on leur donne, il n'est pas moins certain aussi qu'au cours d'une attaque, les malades sont capables de modifier d'eux-mêmes les attitudes cataleptiques qu'ils ont prises d'ailleurs spontanément, et de les transformer en de nouvelles positions qu'ils modifieront encore suivant les phases de leurs hallucinations. A la vérité, nous pouvons déjà dire que, dans l'état cataleptique, les hallucinations sont certainement moins nombreuses, moins variables que dans les formes de délire agité, mais elles ne sont assurément pas moins intenses, bien au contraire. Nous ajouterions volontiers que c'est à cette intensité de l'hallucination qu'il faut rapporter la fixité même de l'attitude. Rappelons-nous les visions de sainte Thérèse pendant qu'elle est ravie en

(1) Puel, *De la catalepsie. Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XX, p. 409, 1856.

extase, état entièrement assimilable à la catalepsie. « Tant que le corps est dans le ravissement, dit-elle, il reste comme mort et souvent dans une impuissance absolue d'agir. Il conserve l'attitude où il a été surpris ; ainsi il reste sur pied ou assis, les mains ouvertes ou fermées, en un mot dans l'état où le ravissement l'a trouvé. »

C'est à Georget, qui, en matière d'hystérie, avait vu si loin et si juste, qu'il faut faire remonter cette notion que la catalepsie est presque toujours d'origine hystérique.

« Nous pensons, dit-il, que la catalepsie et l'hystérie ont le même siège, sont produites par le même genre de causes, nécessitent le même ordre de traitement, que les différences qu'elles présentent ne sont que dans leurs formes. »

Cette opinion n'est pas admise par Briquet. « Quelques auteurs, et Georget entre autres, dit-il (*op. cit.*, p. 405), ont pensé que la catalepsie n'est qu'une forme de l'hystérie et ont insinué que ces deux maladies devaient se confondre. Je sais aussi que M. Bourdin est d'une opinion tout opposée, et je regarde ces deux névroses comme très distinctes. »

Et la raison majeure sur laquelle Briquet se fonde pour repousser l'opinion de Georget, c'est que, dans l'exposé fait par Puel de 148 cas de catalepsie, « on trouve que les hommes ont été atteints 68 fois. On n'a guère, ajoute-t-il, qu'une cinquantaine de cas d'hystérie chez l'homme, dans les divers auteurs ; d'où il résulte que presque tous les cas d'hystérie chez l'homme auraient été des cas de catalepsie, ce qui n'est pas possible ».

La notion de la grande fréquence de l'hystérie masculine, introduite dans la science par l'École de la Salpêtrière, vient ruiner l'opinion de Briquet au profit de celle de Georget, sans qu'il soit nécessaire, pour cela, de mettre au compte de la névrose les états accompagnés d'attitudes cataleptiformes étudiés avec les attaques de sommeil, et qui appartiennent en propre à l'aliénation mentale.

La catalepsie est donc un syndrome morbide. C'est l'opinion qu'émettait Falret : « On se trouve ainsi en présence d'un symptôme, et non d'une maladie. L'état cataleptique se produit, en effet, dans des conditions très diverses ; on le voit fréquemment accompagner les attaques d'hystérie et figurer dans cette maladie à titre de complication ; il survient de temps en temps chez les aliénés, chez les maniaques, aussi bien que chez les mélancoliques, etc. (1). »

*
* *

Quoi qu'il en soit, la catalepsie chez les hystériques est presque toujours liée aux phénomènes de l'attaque (2) ; elle revêt alors plusieurs formes que Bourdin distinguait déjà, bien qu'il fût partisan de l'indépendance nosographique de la catalepsie.

« Les accès hystériques, dit-il (3), se combinent avec les accès cataleptiques de deux manières. Ou bien l'attaque générale débute par des mouvements convulsifs qui sont remplacés immédiatement par une immobilité absolue, ou bien la rigidité cataleptique se montre la première pour faire place aux accidents hystériques. »

M. Paul Richer (4), qui a si remarquablement étudié tout ce qui se rapporte à l'attaque et à ses variétés, adopte, par rapport à l'immixtion des phénomènes cataleptiques dans le paroxysme convulsif, la classification suivante :

« *a*) La catalepsie complique les attitudes passionnelles de la troisième période de l'attaque hystéro-épileptique ;

« *b*) Les accès de catalepsie sont accompagnés de phénomènes appartenant aux diverses périodes de l'attaque hystéro-épileptique ;

(1) Falret, *De la catalepsie. Arch. gén. de méd.*, 1857, 5e série, t. X, p. 206.

(2) Jones, *Hystero-epilepsy complicated with catalepsia and dislocation of the jaw. Cincinnati Lancet Clinic*, 1892, n. s., t. XXIX, p. 727 ; discussion, p. 731.

(3) Bourdin, *Traité de la catalepsie*, 1841, p. 71.

(4) P. Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie*, 2e édit., p. 278.

« *c*) La catalepsie apparaît sous forme d'accès distincts chez une malade qui, d'autre part, a des attaques convulsives ou simplement d'autres signes d'hystérie. »

En résumé, deux cas sont surtout à considérer : celui dans lequel les manifestations cataleptiques viennent, sous forme d'attitudes passionnelles, se mélanger aux autres phénomènes de l'attaque ; celui dans lequel la catalepsie domine si complètement la scène morbide, qu'elle paraît être d'emblée un phénomène primitif évoluant pour son propre compte.

Les premiers cas, dits d'immixtion de phénomènes cataleptiques au cours de la grande attaque, sont de tous les plus nombreux. M. Mesnet (1) a rapporté de cette variété un exemple qui peut être considéré comme typique.

Après, ou mieux au cours d'un violent accès d'hystérie avec arc de cercle, la patiente tomba sur son lit dans un état de résolution complète. « Le bras droit, qu'on avait pris pour tâter le pouls, resta levé. Je fis alors asseoir la malade, je soulevai les membres inférieurs; ils conservèrent la position qu'on leur avait donnée, et Mme X..., ne reposant plus que sur les ischions, se maintint dans cette position fatigante, sans qu'aucun des muscles du visage se contractât et accusât la moindre douleur. Cet état dura un quart d'heure environ; il cessa comme il avait commencé, par un grand cri auquel succédèrent les mouvements spasmodiques du larynx et du pharynx; puis, après deux minutes de convulsions pendant lesquelles la malade écartait ses vêtements et semblait vouloir écarter un obstacle qui s'opposait à l'entrée de l'air dans sa poitrine, elle revint complètement à elle, nous parla quelques instants pour retomber encore dans un accès d'hystérie. »

On pourrait multiplier les observations de cet ordre.

Dans les cas de la première catégorie, l'attaque est donc indéniable : on a pu noter les prodromes de l'aura classique, les phénomènes cataleptiques impriment un cachet

(1) Mesnet, *Études sur le somnambulisme. Arch. gén. de médecine*, février 1860.

spécial aux attitudes passionnelles, le tout peut se terminer par du délire.

Dans la seconde catégorie de faits, la catalepsie, avons-nous dit, semble agir entièrement pour son propre compte. L'observation suivante, empruntée à Le Vacher (1), est remarquable à ce point de vue ; nous la rapportons presque en son entier, car elle renferme une description à peu près complète de l'état cataleptique.

Une dame de quarante-cinq ans, inquiète sur l'issue d'un procès, tomba tout à coup dans la catalepsie. Les médecins appelés la « trouvèrent assise dans un fauteuil, immobile, les yeux fixés en haut et brillants, les paupières ouvertes et sans mouvement, les bras élevés et les mains jointes, comme si elle eût été en extase... Elle avait la respiration libre et égale, et les muscles du bas-ventre jouaient avec facilité ; son pouls était doux, lent et assez rempli, le même à peu près qu'aux personnes qui dorment tranquillement. Les membres étaient souples, légers et se laissaient manier en tel sens qu'on voulait sans faire aucune résistance; mais, et c'était là ce qui caractérisait son mal, ils n'étaient que trop obéissants : ils ne sortaient pas de la situation où on les avait mis. On lui abaissait le menton, sa bouche s'ouvrait et restait ouverte ; on lui levait un bras, ensuite l'autre, ils ne retombaient point ; on les lui tournait en arrière et on les élevait si haut que l'homme le plus fort ne les eût pas tenus longtemps dans cette attitude : ils y demeuraient d'eux-mêmes tant qu'on les y laissait. On la mit debout pour faire sur ses jambes les mêmes épreuves que sur les bras et pour donner aux jambes et aux bras en même temps des attitudes difficiles à soutenir... la malade fut toujours comme une cire molle qui prend successivement toutes les figures que l'on veut et s'en tiendra éternellement à la dernière... Ce qui est très surprenant, c'est que son corps, quoiqu'en l'inclinant en différentes façons,

(1) Le Vacher, *Mémoires de l'Académie royale des sciences*, 1738, cité par Bourdin, *op. cit.*, p. 91.

conservait toujours et constamment son équilibre parfait. Il semblait que la statue de cire se collait par les pieds à ce qui la portait pour s'empêcher de tomber. »

Puis l'auteur note l'insensibilité générale et l'impossibilité où l'on était de se mettre en rapport avec la malade par l'intermédiaire des sens spéciaux. « Elle paraissait insensible : on la secouait, on la pinçait, on la tourmentait ; on lui mettait sous les pieds un réchaud de feu ; on lui criait même aux oreilles qu'elle gagnerait son procès ; nul signe de vie. C'était une catalepsie parfaite. »

Au fond, il s'agissait là d'une crise d'hystérie à forme cataleptique : l'accès dura trois à quatre heures, mais un autre se montra bientôt qui, cette fois, se termina, comme une attaque type, par du délire. « Les discours sensés se changèrent en extravagances accompagnées de hurlements affreux, et elle fut attaquée d'une frénésie violente dont la catalepsie n'avait été que le prélude. »

Notons en passant que cette flexibilité même des membres, qui est si particulière à l'état cataleptique, peut quelquefois s'observer chez les hystériques en dehors des attaques, ou mieux dans leur intervalle, ainsi que Rosenthal (1) en a rapporté un exemple ; mais ce sont là des faits rares.

Bourdin (*op. cit.*, p. 81, obs. XXIII) a aussi relaté une observation où les phénomènes cataleptiques dominaient la scène morbide, mais avant d'en arriver pour ainsi dire à ce degré de perfection ou d'isolement, ils avaient été précédés par l'aura caractéristique de l'attaque.

« La malade, dit-il, arrivée au Bureau central pour obtenir un billet d'admission, fut prise subitement d'un accès de catalepsie. Elle allait sortir, son pied était levé pour franchir le seuil et sa main pour saisir la clef de la porte, quand tout à coup elle s'arrête fixe et immobile, les

(1) Rosenthal, *Traité clinique des maladies du système nerveux*, trad. Lubanski, Paris, 1878, p. 517. — J. Mitchel, *A case of local catalepsy, an undescribed hysterical disorder. Amer. Journ. of med. sciences*, août 1893.

membres conservant la position qu'ils avaient au moment de l'accès... Les premières attaques de catalepsie avaient été précédées de souffrances dans l'estomac. Une sorte d'*aura* partait de ce point, se propageait à la gorge, occasionnait le sentiment d'une vive constriction et, par suite, d'une suffocation insupportable... »

Nous pourrions citer nombre d'observations analogues : en réalité, un observateur attentif retrouvera toujours, au milieu de ces phénomènes, les vestiges des autres périodes du paroxysme convulsif, y compris même le délire (1), qui termine assez souvent l'attaque cataleptique.

*
* *

L'attaque à forme cataleptique peut se transformer en état de mal de même ordre, bien que rarement toutefois.

Bourdin (2) rapporte une observation que l'on pourrait interpréter dans ce sens. Elle a trait à une femme de quarante-trois ans incontestablement hystérique.

« Fréquemment, est-il dit dans le rapport, la gorge était prise de la plus violente contraction, au point qu'elle ne pouvait rien avaler. C'est dans un de ces paroxysmes, qui duraient ordinairement de trois à quatre jours, qu'elle est restée une fois plus de trente jours dans un état d'immobilité parfaite sans prendre aucune espèce d'aliment liquide ou solide et sans qu'il y ait eu aucune sorte d'excrétion. » La malade guérit presque subitement par le traitement électrique.

A bien considérer les choses, il s'agissait surtout là d'un état léthargique analogue à ceux que nous avons décrits, s'accompagnant bien plutôt de contracture que d'attitudes cataleptiformes. Du reste, les auteurs mentionnent

(1) Sloan, *An extreme case of hystero-catalepsy, trances lasting* 58, 30, 24 *and* 12 *hours, insanity, recovery. Edimb. med. Journ.*, 1891-92, p. 824.

(2) Bourdin, *op. cit.*, p. 13. *Histoire de Christine Wallery,* femme Clinger, entrée dans la maison de traitement par l'électricité de Ledru le 14 avril 1783. Rapport de MM. Cosnier, Maloet, Darcet, etc., sur les *Avantages de l'électricité dans la catalepsie.*

cette contracture. « Depuis quelque temps, la roideur s'emparait de tout son corps et ne se dissipait que vers le matin par des agitations violentes et générales... »

Quoi qu'on en ait dit, les sujets sont dans l'impossibilité de garder les attitudes cataleptiques au delà d'un temps donné, toujours relativement court. M. Paul Richer (1) a démontré, à l'aide de l'appareil enregistreur de Marey, que les cataleptiques hypnotiques, entièrement assimilables, nous le dirons bientôt, aux cataleptiques hystériques, sont incapables de maintenir leurs membres supérieurs, par exemple, dans l'attitude horizontale, plus de quinze à vingt minutes. Au bout de ce temps, les bras tombent peu à peu et viennent reposer sur le plan du lit.

Cela n'empêche pas toutefois que la catalepsie puisse exister à l'état de mal. Il faut considérer, en effet, que pendant celui-ci le malade restera le plus souvent en situation indifférente, dans le décubitus horizontal en particulier. A la vérité il en sortira, de temps à autre, soit spontanément, soit si on l'y provoque, pour prendre des attitudes qui cesseront d'elles-mêmes au bout de la période de temps indiquée, et reparaîtront ensuite sous l'influence d'une hallucination par exemple; mais la catalepsie à bras tendus, pour ainsi dire, ne sera pas permanente.

Peut-être aussi, dans la catalepsie spontanée, dans l'attaque hystérique à forme cataleptique, certains sujets, sous l'influence d'une hallucination intense et persistante, sont-ils susceptibles de conserver les attitudes spéciales pendant beaucoup plus longtemps que dans la catalepsie provoquée chez les hypnotiques.

*
* *

Nous avons, avec M. Cathelineau, observé un état de mal cataleptique qui dura six jours (1); il nous a servi à

(1) P. Richer, *Etudes cliniques sur la grande hystérie*, 2e édit., p. 614.
(2) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie*, p. 60.

démontrer qu'au point de vue des excreta, l'attaque de catalepsie se comportait comme le paroxysme convulsif; à ce titre il mérite d'être rapporté ici.

Le 21 février 1889, une malade âgée de dix-huit ans, A. P..., après une violente attaque convulsive, présente l'ensemble des phénomènes suivants qui se continuent jusqu'au 27 février. Assise sur son lit, les mains jointes, elle fixe un être imaginaire, l'appelle, lui envoie des baisers; puis se dresse debout, retombe sur son lit, les bras en croix, toujours en suivant des yeux l'objet de sa pensée. Les membres supérieurs conservent l'attitude qu'on leur donne. Toutefois, à l'inverse de ce qui existe parfois dans la catalepsie hypnotique, dans ce cas particulier les gestes communiqués ne sont pas suggestifs d'une idée; c'est ainsi que les deux mains placées étendues au devant de la bouche ne déterminent pas le sourire qui accompagne ordinairement l'envoi d'un baiser. Par contre, le sourire survient lorsque les bras sont mis en croix, la malade continuant à suivre son rêve. Il est vrai que d'elle-même elle ne tarde pas à mettre ses attitudes à l'unisson des sentiments que reflète son visage, ce qui montre encore une fois que les malades sont susceptibles de modifier spontanément leurs positions cataleptiques. On est obligé de la camisoler pour l'empêcher de courir, pour ainsi dire, après son hallucination.

Elle garde ces attitudes, en les variant d'elle-même, du 21 au 27 février, pendant six jours, nuit et jour, sans dormir, sans s'alimenter de quelque façon que ce soit, sans absorber une goutte d'eau, malgré les sollicitations dont elle est l'objet. Dans ces conditions, extrêmement favorables pour l'expérience, l'urine est recueillie par sondages; la température rectale varie entre 37°,6 et 37°,8. Le réveil a lieu sans secousses dans la nuit du 26 au 27 février.

Examinons maintenant les tableaux XVII et XVIII et la figure 29.

Dès le premier jour, les urines sont caractéristiques de

la période d'attaque des vingt-quatre heures. A l'état normal, Par..., 59 kilos, excrète en moyenne 1,300 c. c. d'urine; 49 gr. 20 de résidu fixe pour 1,000 c. c.; 21 gr. d'urée;

Tableau XVII

Par... *État de mal hystérique à forme cataleptique.*

DATES	VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	OBSERVATIONS
	c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	
Du 21 au 22 février 1889...	1300	38.50	16 »	0.92	0.88	1.80	
Du 22 au 23.....	1170	23.80	15.21	0.82	0.92	1.74	
Du 23 au 24.....	610	27.15	11.37	0.64	0.63	1.27	Au début, P. = 59 k.
Du 24 au 25.....	550	26 »	7.15	0.70	0.80	1.50	
Du 25 au 26.....	950	29 »	14.40	0.88	0.97	1.85	
Du 26 au 27.....	1800	30.40	24.70	1.53	1.27	2.80	P. = 54 k. 800. Retour à l'état normal.

2 gr. 33 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux 0 gr. 57 et alcalins 1 gr. 76, ce qui donne la proportion normale de 30 à 100 ou de 1 à 3.

Tableau XVIII

Moyennes de l'état de mal hystérique à forme cataleptique de Par...

NOM		VOLUME	RÉSIDU FIXE POUR 1000 C. C.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	RAPPORT	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Par....., 18 ans (salle Duchenne)	État de mal..	1063	29 »	14.70	1.08	0.91	1.99	100 à 100	Du 21 au 26 fév. 1889.
P. = 59 k. 400.	État normal.	1310	49.20	21 »	0.57	1.76	2.33	30 à 100	Du 4 au 10 janv. 1889.

Le premier jour, du 21 au 22 février, elle excrète 1,300 c. c. d'urine; 38 gr. 50 de résidu fixe pour 1,000 c. c.; 16 gr. d'urée; 1 gr. 80 d'acide phosphorique total se dé-

composant en terreux 0 gr. 92 et alcalins 0 gr. 88, réalisant ainsi l'inversion de la formule des acides phosphoriques, puisque le rapport devient comme 1 est à 1, l'excrétion des acides terreux étant même prédominante. Jusqu'au jour du réveil, les proportions précédentes restent les

Par... *État de mal hystérique à forme cataleptique.*
(Février 1888.)

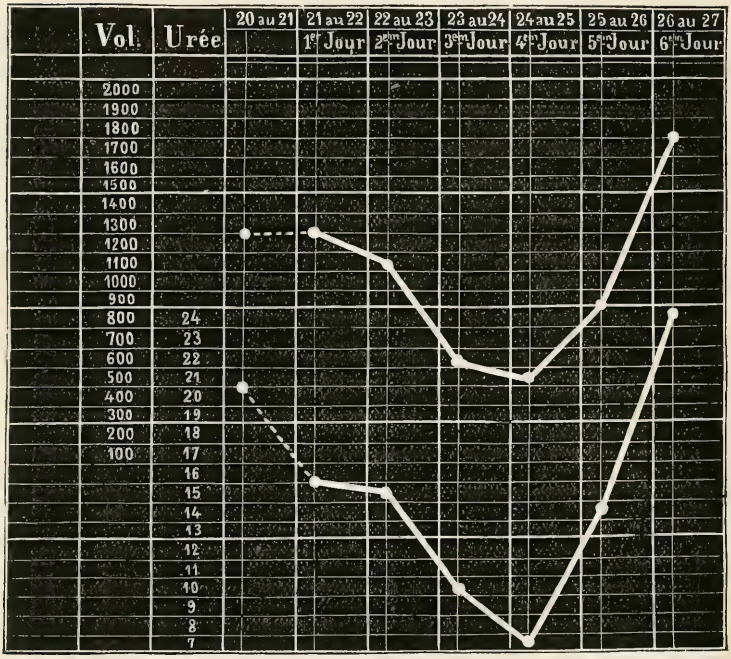


Fig. 29. — Le tracé supérieur se rapporte au volume de l'urine; l'inférieur à l'urée; les lignes pointillées se rapportent aux jours d'état normal; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

mêmes, la moyenne des six jours d'état de mal étant : urine 1,063 c. c.; résidu fixe, 29 gr.; urée, 14 gr. 70; acide phosphorique total, 1 gr. 99, se décomposant en terreux 1 gr. 08 et alcalins 0 gr. 91.

La courbe du volume de l'urine et de l'urée (fig. 29) est des plus intéressantes : chute en deux jours; plateau de

deux jours de durée; relèvement en deux jours. L'urée marche parallèlement au volume.

Là encore, à la simple inspection de la courbe, on peut facilement prévoir la durée de l'état de mal et prédire le réveil. On remarquera en outre que si, le jour du réveil, le volume et l'urée sont au-dessus du taux normal, comme il est de règle d'ailleurs, l'inversion de la formule pour l'acide phosphorique est extraordinairement accentuée, puisque les acides terreux l'emportent sur les acides alcalins, alors qu'à l'état normal les premiers sont trois fois moindres que les seconds.

Les oscillations consécutives au réveil n'ont pas été étudiées, la malade s'étant refusée à donner ses urines. Heureusement que, comme pour toutes nos malades placées en observation, nous possédions la moyenne de son excrétion urinaire avant le début du paroxysme prolongé.

Sous l'influence de l'état de mal pendant lequel la malade a refusé d'absorber quoi que ce fût de liquide ou de solide, l'amaigrissement a été rapide. Le 21 février, jour du début, son poids était de 59 kilogrammes. Six jours plus tard, le 27, elle ne pesait plus que 54 k. 800. Elle avait donc maigri de 4 k. 200, soit 700 gr. par jour. Pesée les jours suivants, elle donnait, le 4 mars, 56 k. 900 ; le 7, 58 k. 300 ; le 9, 59 k. 200. En dix jours, elle était revenue à son poids normal, ayant ainsi gagné 410 gr. par jour.

Sans insister davantage, il nous sera donc permis de conclure que l'état de mal hystérique à forme cataleptique (attitudes passionnelles) présente, au point de vue chimique, tous les caractères de l'attaque d'hystérie convulsive ordinaire ; c'est une attaque d'hystérie prolongée.

Comme pour les autres états de mal hystérique, la courbe des excrétions urinaires est caractéristique, présentant une chute, un plateau et un relèvement. Elle permet de prédire la durée de l'état de mal et de prévoir le moment où le réveil aura lieu.

*
* *

Les attaques à forme cataleptique, les états de mal de même nature, ne présentent pas une plus grande gravité que les autres paroxysmes hystériques, exception faite, bien entendu, des attaques de spasme. Jaccoud (1) dit cependant qu'il a observé dans le service de M. Natalis Guillot « une hystérique qui, durant un séjour de plusieurs mois à l'hôpital, n'a pas présenté une seule attaque convulsive; mais, deux ou trois fois la semaine, elle tombait dans un état d'extase avec catalepsie qui se prolongeait au moins pendant quatre heures; à la suite d'un de ces accès, cette femme mourut subitement, et l'autopsie faite par nous avec le plus grand soin ne révéla aucune lésion appréciable du système nerveux. Nat. Guillot me disait, ajoute M. Jaccoud, avoir observé deux autres cas semblables. »

Nous avons tenu à signaler l'opinion du professeur Jaccoud, mais nous croyons que, depuis la publication du fait qui lui est personnel, aucun cas n'est venu corroborer la gravité des attaques de catalepsie chez les hystériques.

Leur pronostic est donc bénin; quant au diagnostic, on ne les confondrait guère qu'avec la catatonie ou mélancolie cataleptiforme dont nous avons parlé en traitant des attaques dites de sommeil; lesquelles sont unies aux états cataleptiques d'origine hystérique par de nombreux faits de transition.

*
* *

Le délire de la quatrième période de l'attaque mérite d'être étudié d'une façon toute particulière; car, sous l'influence des travaux de l'École de la Salpêtrière, qui ont placé l'hystérie parmi les maladies purement psychiques,

(1) Jaccoud, *Traité de pathologie interne*, Paris, 1870, t. I, p. 496.

les phénomènes délirants de la névrose ont pris une grande importance dans la pathologie de cette affection.

Nous avons dit qu'à partir des attitudes passionnelles, l'attaque était dominée par un *rêve* qui allait toujours s'exaltant au point que le paroxysme se terminait habituellement par une période délirante.

Notre intention n'est pas ici de décrire à nouveau cette période : nous voulons simplement étudier les cas où elle prend une importance telle qu'elle absorbe pour ainsi dire toutes les autres, constituant ainsi les *attaques* et les *états de mal de délire hystérique*. Ces états délirants sont très variés dans leurs expressions symptomatiques, dont les principales seront surtout l'objet de notre attention.

Les attaques délirantes se montrent dans les deux sexes, chez l'adulte comme chez l'enfant. Toutefois ce dernier est particulièrement sujet à ces formes paroxystiques dans lesquelles le délire domine toute l'attaque. Chez lui, l'état délirant peut être la première manifestation en date de la névrose, et comme il existe beaucoup plus rarement des stigmates que chez l'adulte, il faut être prévenu, afin d'éviter une erreur toujours préjudiciable en attribuant, par exemple, à une lésion organique ce délire d'un pronostic constamment bénin, véritable équivalent de l'attaque convulsive hystérique.

Briquet avait noté cette fréquence des attaques délirantes chez l'enfant, comparativement surtout à ce qu'il pensait exister chez l'adulte.

« Les attaques de délire sont assez rares, dit-il (*op. cit.*, p. 428), et l'on n'en trouve que peu d'exemples dans les auteurs ; ces attaques ont le plus ordinairement lieu chez des sujets jeunes et principalement chez ceux dont l'intelligence est fort avancée et dont l'imagination et l'impressionnabilité sont très vives. Elles naissent ordinairement, comme les autres attaques, à l'occasion d'une émotion ou d'un trouble quelconque accidentellement survenus. »

Et Briquet cite plusieurs faits de cet ordre observés chez des fillettes de dix à treize ans.

M. Charcot (1), dans une leçon que nous avons publiée, a magistralement étudié ces manifestations délirantes, qui chez les enfants revêtent fréquemment le type maniaque. M. P. Blocq a rapporté également un cas intéressant de cet ordre (2).

Souvent aussi le délire hystérique, chez les enfants, prend le type somnambulique. M. Nardelli (3) a publié un fait de cette catégorie dans lequel le délire hallucinatoire s'étendit, chez un enfant de douze ans, sur une période de trois mois avec intervalles d'état normal. Nous envisagerons plus particulièrement cette forme dans le chapitre suivant.

Chez l'adulte, la forme maniaque du délire hystérique n'est également pas rare. M. Pitres (4), dans une excellente leçon sur les attaques de délire hystérique, qu'il considère « comme des accès aigus d'excitation délirante qui surviennent quelquefois chez les hystériques à titre d'*équivalent clinique des attaques convulsives complètes et régulières*, a donné une bonne description des « attaques de manie hystérique ».

« Tous les accès de manie aigus se ressemblent, dit-il. Quelles que soient leurs causes, ils sont toujours caractérisés par la surexcitation du corps et de l'esprit, par l'agitation désordonnée des membres, par les clameurs incohérentes. Les malades qui en sont atteints crient, chantent, rient, gesticulent à tort et à travers, déchirent leurs vêtements, injurient leurs gardiens, et cela, sans suite, sans discernement, comme s'ils étaient poussés par un besoin automatique et irrésistible d'activité.

(1) Charcot, *Spiritisme et hystérie. Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 226.

(2) P. Blocq, *Hystérie maniaque infantile. Rev. gén. de clin. et thérap.*, 1889.

(3) Nardelli, *Istero sonnambulismo della durata di tre mesi in uno fanciullo dodicenne, Gazetta de osped.*, Naples, t. XII, 4 novembre 1891, p. 842.

(4) Pitres, *Des attaques de délire hystérique. Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, n° 1, 3 janvier 1891, et *Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. II, 57e leç., p. 283.

« La manie hystérique ne diffère guère de la manie simple ou de la manie épileptique que par son étiologie. Elle survient habituellement chez des hystériques invétérés ou chez des sujets prédisposés à l'hystérie, à la suite de grands ébranlements psychiques, particulièrement de violentes frayeurs. Elle est beaucoup plus commune chez les femmes que chez les hommes. Dans quelques cas, elle se reproduit périodiquement, avec une désespérante régularité, à chaque époque menstruelle. »

Tomlinson (1), Van de Warker (2) ont également publié plusieurs cas de manie hystérique qui sont d'inégale valeur, les faits de Van de Warker se rapportant en particulier à certains délires post-opératoires qui se rapprochent beaucoup plus de la folie vraie (délire chronique) que de l'attaque délirante hystérique. Il ne faut pas oublier, en effet, que tous les états délirants que nous décrivons en ce moment sont des paroxysmes aigus « des équivalents cliniques, suivant M. Pitres, des attaques convulsives complètes et régulières ». A la vérité, ils peuvent se transformer en états de mal, mais ceux-ci n'ont jamais la durée de certaines formes maniaques nées en dehors de l'hystérie.

De ce fait, comme le dit M. Pitres, que « tous les accès de manie aigus se ressemblent », on comprend que les accès délirants hystériques à forme maniaque ne soient pas toujours d'un diagnostic facile. Mais dans la majorité des cas, ces délires s'entremêlent avec des phénomènes convulsifs ou autres qui ne laissent aucun doute sur leur nature.

De plus, chez les enfants, où l'accès a le plus de pureté, les manifestations maniaques sont assez rares en dehors de l'hystérie pour qu'on n'ait en somme qu'à compter avec

(1) Tomlinson, *Hysterical mania? A clinical study based upon six cases under the treatment at the same time in the Friend's asylum. Journ. of nervous and mental diseases*, avril 1891, p. 225.

(2) Van de Warker, *Hysterical mania. The americ. Journ. of the med. sciences*, novembre 1892, p. 546.

celles qui dépendent de la névrose. Nous verrons d'ailleurs bientôt que nous possédons, pour les accès délirants comme pour les autres paroxysmes hystériques, un moyen de diagnostic tiré de l'analyse des urines qui, lorsqu'on le met en œuvre, permet mieux que toute considération prenant sa source dans les phénomènes objectifs de trancher la question de nature.

*
* *

L'excitation maniaque peut faire place, chez quelques sujets, à une sorte de *délire mélancolique* dans lequel les hallucinations qui, nous le savons, dirigent toutes ces manifestations, revêtent un caractère particulier de tristesse (1). Ces faits ne sont pas rares : on en trouvera plusieurs exemples dans le livre de M. P. Richer; l'attaque ordinaire se termine généralement, d'ailleurs, par une phase à allure mélancolique.

Mais nous avons pu observer certains états hystériques s'accentuant encore plus profondément dans le même sens au point de constituer une forme particulière de paroxysme qui n'a guère été décrite que nous sachions.

A la suite d'une série d'attaques convulsives, une malade de la Salpêtrière, âgée de seize ans, tomba dans un état de démence stupide. Indifférente à tout, hébétée, elle restait affalée sur sa chaise, refusant toute nourriture, bavant constamment, et, de plus, laissant échapper involontairement les urines et les matières fécales. Au bout de trois jours, elle sortit brusquement de cet état comme elle y était entrée, par une attaque convulsive.

Ces cas de démence stupide avec gâtisme sont rares dans l'hystérie. En dehors de celui que nous avons observé, nous n'en connaissons guère qu'un autre exemple rapporté par M. Colin (2). Il s'agit d'une femme qui, vers l'âge de

(1) Verger, *Hystérie et délire lypémaniaque. Arch. clin. de Bordeaux*, février 1894.

(2) H. Colin, *Essai sur l'état mental des hystériques.* Th. Paris, 1890, p. 53.

vingt-deux ans, fut en proie à un état de mal délirant d'origine hystérique qu'elle décrit elle-même ainsi qu'il suit :

« Au mois de juin 1883, je perds mon père; je suis restée seule, j'ai été six semaines dans le délire nuit et jour. Mon délire s'est passé. J'ai été mieux : et, dans mon délire, je me croyais un porc. Et je me voyais comme cela dans mon imagination; l'on m'a gavée tous les jours pendant six semaines; dans l'intervalle de ce délire, j'ai eu deux jours de léthargie et, pendant cette folie, *je gâtais sous moi,* l'on ne faisait que me changer, j'avais deux ou trois attaques par jour, j'étais comme un rouleau de contractures. »

*
* *

M. Pitres, dans la description qu'il a donnée des attaques de délire hystérique, après avoir étudié les formes maniaques, envisage particulièrement les « attaques de délire hallucinatoire ». Celles-ci ne nous arrêteront pas longtemps, car ce sont les plus fréquentes, les plus connues; c'est la variété que nous avons étudiée en traitant de la phase passionnelle et délirante de la grande attaque.

Parmi ces délires hallucinatoires aussi variés que les hallucinations elles-mêmes, nous ne retiendrons, comme très particulier, que le *délire galéanthropique* dont nous avons pu observer un remarquable exemple à la Salpêtrière en 1889, alors que nous avions l'honneur d'être chef de clinique de M. Charcot. L'observation fut recueillie par M. Dutil, qui la communiqua, pour être publiée, à M. G. Guinon (1).

Nous avons dit que, pendant la période délirante de la grande attaque, les hallucinations prenaient souvent le caractère d'animaux réels ou fantastiques. A un degré plus élevé, les sujets s'assimilent, pour ainsi dire, leurs hal-

(1) Guinon, *Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes. Progrès médical,* 1891, *in Clinique des maladies du système nerveux,* 1893, t. II, p. 80 et suiv., publiée par G. Guinon.

lucinations; il s'ensuit un bizarre changement de la personnalité qu'on appelle la *zoanthropie;* les malades, en pareil cas, abandonnent, comme on sait, leur propre individualité et se croient transformés en animaux de diverses sortes.

Calmeil (1) a donné une remarquable description de ce délire zoanthropique ou lycanthropique qui sévit à plusieurs reprises, à travers les siècles, à l'état épidémique, comme nombre d'autres formes délirantes de l'hystérie. Il est difficile, cependant, dans les cas qu'il rapporte, de démêler ce qui appartient nettement à la névrose; car, incontestablement, nombre des malheureux lycanthropes qui périrent sur le bûcher étaient de véritables aliénés.

Mais revenons à notre malade, chez laquelle le diagnostic d'hystérie ne pouvait être mis en doute. Il s'agit donc d'une jeune fille de seize ans qui fut mordue par un chat à la main gauche, siège dès lors d'une inflammation très douloureuse. Le lendemain de l'accident et pendant les quinze jours qui suivirent, elle eut une série d'attaques convulsives du type classique, accompagnées d'une phase délirante dans laquelle elle imitait le chat. Puis se montrèrent des attaques de délire non précédées de convulsions, constituées uniquement par la phase galéantrophique qui terminait ordinairement ses grandes attaques convulsives.

« Tout à coup, sans prodrome d'aucune sorte, sans aura, sa physionomie change. Son regard devient fixe, presque aussitôt les yeux se convulsent en strabisme convergent, et brusquement elle tombe à quatre pattes; elle court sur ses genoux et ses mains posées à plat sur le sol, la tête un peu redressée en extension; le visage a sa coloration normale; les traits sont parfois un peu grimaçants, le regard maintenant est mobile, en accord avec les mouvements de la tête et les déplacements de la malade; le strabisme a cessé. Elle va, vient, passe avec agilité sous

(1) Calmeil, *De la folie,* t. I, p. 86 et suiv.

la table, entre les chaises, entre les jambes des assistants, et pousse de temps en temps un léger miaulement ou le pfft! pfft! des chats en colère. Parfois elle s'arrête, dispose ses doigts en griffes et gratte le pied de la table, puis le sol, puis le bas de la porte. On lui jette une boule de papier, et aussitôt, avec des mines de chatte, elle la pousse, la roule et la fait sauter. Deux ou trois minutes après, sa respiration devient un peu bruyante ; elle émet d'une voix un peu rauque quelques cris inarticulés ; alors elle cherche à mordre la jambe de M. Charcot, court de nouveau, passant sous la table, renversant une chaise, puis elle semble flairer les jambes des gens. » Brusquement, alors, elle reprend connaissance ; elle se relève, l'air étonné, ne sachant ce qui vient de lui arriver. L'attaque dure en moyenne de cinq à six minutes. Ajoutons que la malade ne présentait comme stigmates qu'un peu d'ovarie gauche.

*
* *

M. Pitres a encore étudié une variété de délire qui pourrait trouver sa place au cours des considérations que nous consacrerons aux états seconds avec amnésie. Mais, vu son caractère aigu, cette variété rentre bien dans la catégorie des attaques délirantes; il est vrai que rien n'empêche sa transformation en état de mal. Nous voulons parler de ce qu'il appelle l'*attaque de délire ecmnésique*.

« On observe quelquefois, dit-il, dans les attaques de délire: des troubles de la mémoire et de la personnalité se rapportant au phénomène de l'ecmnésie.

« L'*ecmnésie* est une forme d'amnésie partielle dans laquelle le souvenir des événements antérieurs à une certaine période de la vie est intégralement conservé, tandis que le souvenir des événements postérieurs à cette période est totalement aboli.

« Si cette définition est exacte, le phénomène de l'ecmnésie doit donner lieu à des modifications psychiques dont il est possible de se faire une idée en réfléchissant au

rôle que joue la mémoire dans le fonctionnement des facultés intellectuelles.

« Supposez un instant qu'un sujet, âgé de trente ans, perde subitement le souvenir de tout ce qu'il a connu et appris dans les quinze dernières années de sa vie. Par le fait même de cette amnésie partielle, il se produira dans l'état mental du sujet une transformation radicale. Il parlera, agira, raisonnera comme il l'eût fait à l'âge de quinze ans. Il aura les connaissances, les goûts, les sentiments, les mœurs qu'il avait à l'âge de quinze ans. Au point de vue mental, ce ne sera plus un adulte, mais un adolescent. »

Et M. Pitres rapporte une observation de cet ordre qu'on trouvera développée dans la thèse de son élève, M. Blanc-Fontenille (1).

Nous aurons trop longuement à nous occuper des troubles de la mémoire et des altérations de la personnalité chez les hystériques, pour que nous insistions davantage sur cette forme de l'attaque délirante, dont les observations ne sont pas très communes, ce qui nous a engagé à en donner une courte description.

*
* *

Les attaques de délire, dont nous venons d'envisager quelques variétés, peuvent se transformer en états de mal délirants qui, on le comprend, revêtiront des formes variées, sans préjudice des états somnambuliques, catégorie spéciale que nous étudierons à part, avons-nous dit, dans le prochain chapitre.

Il est difficile de dire combien peuvent durer ces états de mal délirants, maniaques, hullucinatoires ou autres.

M. H. Colin (2) a émis l'opinion que le délire hystérique était toujours de très courte durée. « Il faut se méfier,

(1) Blanc-Fontenille, *Étude sur une forme particulière de délire hystérique* (délire avec ecmnésie). Th. Bordeaux, 1887.

(2) H. Colin, *op. cit.*, p. 27.

dit-il, et ne pas prendre pour le délire hystérique les accès d'excitation maniaque, si fréquents chez les dégénérés. En effet, un assez grand nombre d'observations d'hystérie maniaque appartiennent à cet ordre d'idées et doivent être séparées de l'hystérie pour rentrer dans le groupe de la dégénérescence mentale. Il est assez facile, cependant, d'éviter l'erreur. Tout d'abord, le délire hystérique pris à l'état isolé n'est jamais de longue durée. MM. Bourneville et Regnard en ont rapporté un cas qui a duré deux jours. Cela, disons-le, est exceptionnel. En général, le délire dure quelques heures au plus, puis tout rentre dans l'ordre. »

Nous aurons l'occasion de reparler de l'association de l'hystérie avec ce que l'on appelle aujourd'hui la dégénérescence mentale. Mais, sans réserves aucunes, il nous est impossible de partager l'opinion de M. H. Colin au point de vue de la durée du délire. Et nous parlons du délire hystérique le plus franc, le plus pur, le moins niable.

Nous avons, à la Salpêtrière, observé un état de mal délirant à forme maniaque hallucinatoire, consécutif à une attaque ou mieux à une série d'attaques, qui se prolongea pendant plus d'un mois. La malade en sortit presque subitement à la suite d'un paroxysme convulsif; dès le lendemain, elle pouvait reprendre ses occupations habituelles. Rien ne persistait du long état de mal qu'elle venait de traverser, sauf la faiblesse physique résultant de la déperdition des forces par suite d'une abstinence ou d'une alimentation incomplète trop longtemps prolongée.

« En tout cas, dit M. H. Colin, une fois l'accès fini, les malades redeviennent parfaitement calmes et normaux, ce qui n'arrive pas chez les héréditaires dégénérés. » Notre malade était redevenue parfaitement calme et normale.

Mais surtout nous avons pu étudier deux autres sujets dont nous avons rapporté l'histoire clinique abrégée dans notre travail fait en collaboration avec M. Cathelineau (1).

(1) Gilles de la Tourette et H. Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie*, p. 64 et suiv., 1890.

Ils nous permirent d'étudier la nutrition dans les états de mal délirants d'origine hystérique, nous fournissant ainsi de précieux éléments pour établir le diagnostic avec certains délires d'autre nature susceptibles de prêter à confusion. Aussi nous permettra-t-on d'entrer dans quelques détails.

Chez ces deux malades, il nous a été donné d'observer quatre périodes d'état de mal pour lesquelles il a été fait quarante-quatre analyses des vingt-quatre heures, dont vingt-deux destinées à étudier l'état normal avant ou après les périodes d'état de mal.

Ces quatre périodes d'état de mal n'ont pas, on le verra, une valeur égale au point de vue de l'étude ; nous allons, du reste, chemin faisant, faire ressortir les particularités propres à chacune d'elles.

Le premier cas concerne la nommée Schey..., dix-neuf ans, grande hystérique, chez laquelle le délire débute le 6 juin 1888, à la suite d'une attaque de chorée rythmée, et se termine de la même façon le 21 juin. Délire incessant, très agité, qui force à camisoler la malade pendant la nuit. Schey... voit des animaux rouges qui veulent la dévorer, elle est entourée de flammes ; puis elle fait des parties de canot au cours desquelles elle tombe à l'eau, est dévorée par des poissons, crie, se croit noyée, etc. Pendant ces quinze jours, elle n'absorbe aucun aliment solide ; dans la journée, par surprise pour ainsi dire, ses compagnes lui font avaler un ou deux verres de tisane, une tasse de lait ou de bouillon. La température rectale ne s'élève pas au-dessus de trente-huit degrés centigrades.

Nous ne possédons que les analyses des cinq derniers jours de délire et celles des cinq jours qui suivirent le réveil.

Les cinq premières donnent comme moyenne : volume de l'urine, 300 c. c. ; résidu fixe, 30 gr. 05 ; urée, 9 gr. 30 ; acide phosphorique total, 1 gr. 14. A cette époque, nous ne différenciions pas encore les phosphates. Or, la moyenne normale de Schey... est : volume, 1,500 grammes ; résidu

fixe, 48 gr. 60; urée, 25 gr. 10; acide phosphorique total, 2 gr. 60. A considérer ces deux moyennes, nous voyons donc que chez notre malade l'état de mal délirant a présenté, au point de vue chimique, tous les caractères de l'attaque d'hystérie, ou mieux tous les caractères des autres états de mal déjà étudiés.

Le retour à l'état normal est marqué par une élévation brusque de tous les éléments constitutifs de l'urine des vingt-quatre heures; de 350 c. c. l'urine monte, le 21 juin, à 1,050 grammes, avec 35 gr. 90 de résidu fixe pour 1,000 c. c.; 15 gr. 75 d'urée et 1 gr. 95 d'acide phosphorique. Puis on observe trois jours d'oscillation autour de la normale, et enfin, le 26 juin, le chiffre d'excrétion ordinaire est atteint et même dépassé. Nous ferons remarquer à ce sujet que, lorsque l'état de mal s'est assez longtemps prolongé, les excrétions des premiers jours qui suivent le réveil restent toujours un peu au-dessous de la normale.

En ce qui regarde le poids, nous trouvons noté sur notre observation que le 12 juin, en plein délire, la malade pesait 67 kilogrammes et 61 kilogrammes le 21 juin, jour du réveil; elle a donc maigri de 6 kilogrammes en neuf jours, soit une moyenne de 640 grammes par jour.

Après le réveil, elle se met à manger avec avidité et augmente encore plus rapidement de poids qu'elle n'a maigri quotidiennement pendant l'état de mal. Pesée régulièrement, à cinq heures du soir, avant le repas, le 26 juin elle donne 65 kilogrammes, le 2 juillet 67 kil. 500 et elle oscille les jours suivants entre 68 et 69 kilogrammes.

En résumé, pendant cette première période d'état de mal délirant qui dure quinze jours : diminution journalière du volume de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates ; diminution très marquée de poids, rapidement compensée après le réveil.

La deuxième période d'état de mal délirant que nous avons observé chez cette même malade dure deux jours et s'étend du 28 au 30 janvier 1889. Délire très agité, anorexie totale, température normale, urines recueillies

comme toujours à l'aide de la sonde. Ici l'observation est complète.

Si l'on veut bien considérer le tableau XIX, on note, comparativement avec l'état normal, qu'il y a abaissement du volume de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers.

En effet, alors que la moyenne normale donne : volume, 1,500 c. c.; résidu fixe, 48 gr. 60 pour 1,000 c. c.; urée,

TABLEAU XIX

Schey... *État de mal délirant.*

NOM	PÉRIODES	VOLUME	RÉSIDU FIXE pour 1000 c. c.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	Rapp. des ac. phosph.	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Schey..., 19 ans. (salle Duchenne).	Ét. normal.	1500	48.60	25.10	0.69	1.91	2.60	36 à 100	Du 31 décembre 1888 au 6 janvier 1889.
	Ét. de mal délirant.	1550	30	8.11	0.64	0.95	1.59	67 à 100	Du 28 au 29 janvier 1889. Poids : 69 k. 460.
	Idem.	910	29.70	9.37	0.62	0.81	1.43	76 à 100	Du 29 au 30.
	Réveil.	1750	43.67	22.75	0.86	1.70	2.76	45 à 100	P. = 68 k. 070 du 30 au 31 janvier.
	Moyennes des 2 jours d'ét. de mal.	1330	29.85	8.79	0.63	0.88	1.51	58 à 100	Du 28 au 30 janvier 1889.

25 gr. 10; acide phosphorique total, 2 gr. 60, se décomposant en terreux, 0 gr. 69, et alcalins, 1 gr. 91, donnant le rapport normal de 36 à 100, on trouve, pour la moyenne des deux jours de délire : volume 1,330 c. c.; résidu fixe, 29 gr. 85 pour 1,000 c. c.; urée, 8 gr. 79; acide phosphorique total, 1 gr. 51, se décomposant en terreux, 0 gr. 63, et alcalins, 0 gr. 88, donnant la proportion de 58 à 100, réalisant l'inversion de la formule.

De plus, en deux jours, elle a maigri de 1 kil. 390, car le jour du début, 28 janvier, elle pesait 69 kil. 460, et le jour du réveil, 68 kil. 070.

La courbe (fig. 30) de cet état de mal est trop peu étendue pour prêter à de nombreuses considérations. Elle est cependant, dans sa teneur, aussi caractéristique que possible et rappelle absolument celles que nous avons déjà données de l'état de mal à forme épileptoïde, et à forme

Schey... *État de mal délirant.*

(Février 1890.)

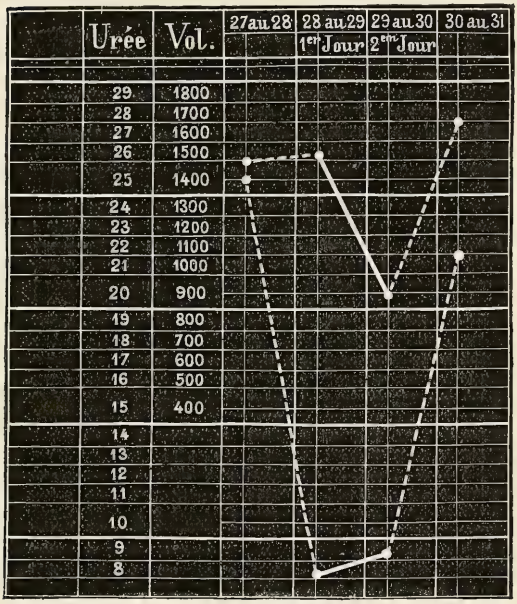


Fig. 30. — Le tracé supérieur se rapporte au volume de l'urine; l'inférieur à l'urée; les lignes pointillées aux jours d'état normal; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

d'attitudes passionnelles ou cataleptiques. On y remarquera pour le premier jour que, comme dans la période d'attaque des vingt-quatre heures, si le volume est parfois peu diminué, il n'en est pas de même de l'urée, dont l'abaissement est toujours constant. Nous nous sommes expliqué sur ce point en traitant de l'attaque bornée à la période de vingt-quatre heures.

La deuxième malade, Hab..., trente quatre ans, nous a fourni deux périodes d'état de mal délirant.

La première période, qui va du 5 au 8 juillet 1888, ne fut pas favorable pour l'observation. Le délire était très agité; il fut impossible de recueillir les urines du sujet, qui parcourait les cours en criant au feu et urinait dans tous les coins. Néanmoins nous pûmes noter qu'en trois jours la perte de poids fut de 1 kil. 540. Pendant toute cette période, Hab... n'avait absorbé ni liquides ni solides.

Lors de la deuxième période, qui commence le 27 fé-

TABLEAU XX

Habill..., 35 *ans. État de mal délirant.*

DATES	VOLUME	RÉSIDU FIXE pour 1000 c. c.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	OBSERVATIONS
	c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	
Du 27 au 28 février 1889.	650	44	16.20	0.77	0.98	1.75	
Du 28 février au 1er mars	620	40	16	0.79	0.97	1.76	
Du 1 au 2	580	35	14.50	0.89	1.01	1.90	P. = 53 k. 500 au début de l'état de mal.
Du 2 au 3	210	15.12	7.98	0.54	0.44	0.98	
Du 3 au 4	450	31.98	13.95	0.72	0.90	1.62	
Du 4 au 5	550	38.72	14.85	0.90	1.05	1.95	
Du 5 au 6	1450	48	19.10	0.93	1.22	2.15	
Du 6 au 7	1080	41.10	17.50	0.71	1.12	1.83	P. = 50 k. 200 au réveil.

vrier 1889, à la suite des prodromes d'une attaque convulsive ordinaire et se termine le 6 mars, soit sept jours de durée, le délire est moins actif et se compose d'hallucinations variées, suivies de périodes de dépression pendant lesquelles elle marmotte continuellement des paroles relatives à un assassinat. Les urines sont recueillies à la sonde, la température rectale varie entre 37°,5 et 37°,9; elle n'absorbe absolument rien, ni liquides ni solides.

Or, nous notons, dès le premier jour (tableau XX), la chute du volume de l'urine, du résidu fixe, de l'urée, des phosphates avec inversion de la formule.

Si l'on se reporte en effet au tableau XXI, qui est le

résumé du tableau XX, nous voyons qu'à l'état normal, elle excrète en moyenne 1,300 c. c. d'urine, 43 gr. 25 de résidu fixe pour 1,000 c. c., 20 gr. 30 d'urée, 2 gr. 13 d'acide phosphorique total, se décomposant en terreux, 0,63, et alcalins, 1,50, donnant la proportion normale de 42 à 100.

Pendant l'état de mal délirant, elle excrète en moyenne 648 c. c. d'urine, 37 grammes de résidu fixe p. 1,000 c. c., 14 gr. 61 d'urée, 1 gr. 73 d'acide phosphorique total se décomposant en terreux, 0 gr. 77, et alcalins, 0 gr. 96,

TABLEAU XXI

*Moyennes de l'état de mal délirant d'*Hab...

NOM	PÉRIODES	VOLUME	RÉSIDU FIXE pour 1000 c. c.	URÉE	Acide phosphorique TERREUX	Acide phosphorique ALCALIN	Acide phosphorique TOTAL	RAPPORTS	OBSERVATIONS
		c. c.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.		
Hab... (salle Duchenne).	État de mal délirant.	648	37	14.61	0.77	0.96	1.73	81 à 100	Du 27 février au 6 mars 1889
P. = 53 k. 500.	Ét. normal.	130	43.25	20.30	0.63	1.50	2.13	42 à 100	Du 20 au 25 mars 1889.

donnant le rapport de 81 à 100 qui réalise l'inversion de la formule des phosphates.

Si maintenant on considère la figure 31, représentative des analyses jour par jour pendant l'état de mal, on voit qu'il est possible, à sa seule inspection, de prédire la durée de l'état de mal et de prévoir le réveil. En effet, nous notons encore la chute caractéristique, le plateau et le relèvement, qui ne le sont pas moins. Le volume et l'urée suivent une marche parallèle; lorsque le réveil a lieu, les éléments solides sont aux environs de la normale. Nous constatons même (tabl. XX et XXI) que, le dernier jour, le résidu fixe est plus considérable que normalement; il en est ainsi de l'acide phosphorique total. Mais, pour ce dernier, fait très important à noter, même dans ces

conditions l'inversion de la formule existe toujours. En effet, l'acide phosphorique total est de 2 gr. 15, se décomposant en terreux, 0 gr. 93, et alcalins, 1 gr. 22.

Pendant cet état de mal, qui a duré sept jours, la ma-

Février 1889. Hab... *État de mal hystérique délirant.* Mars 1889.

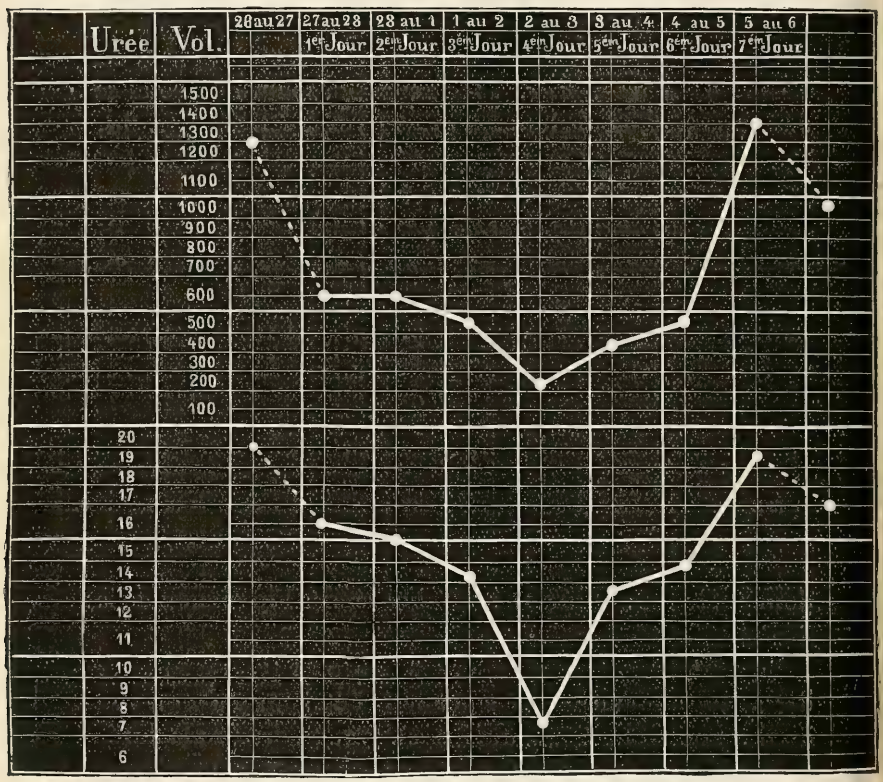


Fig. 31. — Le tracé supérieur se rapporte au volume de l'urine; le tracé inférieur à l'urée; les lignes pointillées se rapportent aux jours d'état normal; les lignes pleines aux jours d'état de mal.

lade a maigri de 3 kil. 300, car elle pesait le premier jour 53 kil. 500, et à son réveil, 50 kil. 200.

Des faits qui précèdent il nous sera donc permis de conclure qu'au point de vue biologique, l'étal de mal délirant n'est qu'une attaque d'hystérie prolongée.

De même que les états de mal précédemment étudiés, il se caractérise par un abaissement du volume de l'urine, du résidu fixe, de l'urée et des phosphates avec inversion de la formule de ces derniers.

La courbe fournie par le volume de l'urine et l'urée permettent de prédire la longueur de l'état de mal et de prévoir le retour à l'état normal.

L'examen des urines sera donc toujours d'un secours très précieux dans le *diagnostic* des états de mal délirants hystériques, car nous ne sachions pas que, dans les autres manifestations psychiques qui les pourraient simuler, on ait noté de telles modifications des excreta et les caractères si particuliers d'une courbe qui permet de prévoir l'évolution du délire.

Nous voulons parler de l'accès de manie aiguë indépendante de l'hystérie, de certains délires toxiques (haschisch, absinthe) (1), et surtout du délire alcoolique qui, avec son rêve à caractère professionnel et ses hallucinations, pourrait être pris dans certains cas pour un délire hystérique.

A la vérité, il sera souvent possible d'acquérir la notion de l'intoxication, mais il faut supposer aussi que cette notion peut faire défaut et qu'on se trouve en présence de phénomènes délirants hallucinatoires, sur la nature desquels il est nécessaire de se prononcer immédiatement, en se basant uniquement sur leurs caractères objectifs, et nous savons combien ceux-ci se rapprochent des caractères du délire hystérique. Dans ces cas, l'analyse des urines sera le meilleur appoint du diagnostic; non seulement elle permettra de préciser la nature du délire lorsque celui-ci appartiendra à la névrose, mais encore d'en prévoir la durée et la terminaison.

(1) Voy. Moreau (de Tours), *Du haschisch et de l'aliénation mentale*, Paris, 1874. — *Id.*, *Traité pratique de la folie névropathique* (vulgo hystérique), Paris, 1869, p. 12. — Magnan, *De l'alcoolisme; des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, Paris, 1874. — P. Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie*, 2e édit., p. 324. — H. Colin, *Essai sur l'état mental des hystériques*, ch. iii, *Hystérie et alcoolisme*.

A moins toutefois qu'il ne s'agisse, comme dans le cas de M. Burlureaux (1), d'une association hystéro-alcoolique, auquel cas le diagnostic différentiel deviendrait presque impossible; mais il faut avouer aussi que ce sont là des faits tout à fait exceptionnels.

Le *pronostic* des états de mal délirants n'est pas grave : outre que leur durée est généralement courte, ils se terminent toujours par la guérison, et celle-ci est complète, c'est-à-dire que l'état mental des sujets ne reste pas différent, dans son essence, de celui qu'il était avant l'accès délirant prolongé. Jamais, en un mot, ces délires ne passent à l'état chronique ; jamais, même lorsqu'ils se répètent à intervalles rapprochés, ils n'amènent ou ne contribuent à amener cet état de déchéance psychique qui suit si fréquemment les manifestations vésaniques qui les pourraient simuler. L'état mental reste toujours celui que nous avons décrit, l'état mental des hystériques, mais rien de plus.

Il n'est pas moins vrai que ce sont là des manifestations fort ennuyeuses si elles n'ont pas en soi une réelle gravité, car elles mettent obstacle à la vie journalière et nécessitent parfois un internement. D'autant que, conformes à cette loi qui régit l'hystérie et qui veut que le même sujet soit en proie le plus souvent aux mêmes formes paroxystiques, les états délirants peuvent se montrer à diverses reprises, périodiquement chez les femmes avec « une désespérante régularité » à l'époque menstruelle, comme l'a dit M. Pitres, à propos des délires maniaques. Tous les efforts devront donc tendre à éviter ces retours par les moyens appropriés qui seront étudiés au chapitre du traitement.

(1) Burlureaux, *Sur un cas de délire hystéro-alcoolique. Le Mercredi médical,* n° 13, 2 avril 1893, p. 146.

CHAPITRE HUITIÈME

LES FORMES SOMNAMBULIQUES DE L'HYSTÉRIE. — LES ÉTATS SECONDS. — L'AUTOMATISME HYSTÉRIQUE AMBULATOIRE.

Considérations sur les *rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme.* — Identité des deux états. Vizioli ; Moczutkowski. — Recherches de Gilles de la Tourette et Cathelineau. —Conclusions de Pitres.

Les états somnambuliques. Considérations générales. — Charcot ; Gilles de la Tourette ; P. Richer ; G. Guinon ; Mesnet ; Chambard, etc. — Le *somnambulisme* dit *naturel* dans ses rapports avec l'hystérie. — *Les attaques d'hystérie à forme somnambulique.* — Description : Cas de Mesnet. Caractères de l'attaque. Étude de la sensibilité générale et des divers sens. Oubli au réveil. Recouvrance du souvenir dans une deuxième attaque. — Considérations médico-légales.

Les états de mal somnambuliques ou états seconds. — Ce sont des états hystériques : Gilles de la Tourette, 1887. — Analyse des faits. Cas de Bellanger, d'Azam, etc. — Accentuation de l'indépendance des deux états, premier et second : deux faits de G. Guinon. — Cas de Mac Nish, etc. — Évolution. — Pronostic.

L'amnésie rétro-antérograde d'origine hystérique. Charcot. Souques.

L'automatisme hystérique ambulatoire. — Histoire d'Albert D... rapportée par Pitres et Tissié. — Un cas d'automatisme *comitial* ambulatoire de Charcot. — Diagnostic différentiel : L'automatisme ambulatoire chez les *neurasthéniques, les alcooliques, les aliénés.* — Géhin. — *Le Juif errant de H. Meige.* — Divers cas d'automatisme hystérique. — Les travaux de M. Pitres et de ses élèves. — Pronostic.

Considérations générales et discussion sur la *folie dite hystérique.*

Avant d'entrer dans la description des états somnambuliques de l'hystérie, variété particulière des états délirants que nous venons d'étudier, il importe une fois pour toutes, afin d'éviter des redites ultérieures, de consacrer quelques mots aux rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme. A chaque instant, en effet, nous aurons à parler de l'hypnose à l'aide de laquelle, par exemple, on peut faire passer un sujet d'un *état prime* hystérique dans un *état*

second qui ne sera pas moins hystérique. Quelle est la signification de cette intervention ? Est-ce à dire qu'on a eu recours à un agent nosologiquement différent de l'hystérie elle-même, ou bien l'observateur n'a-t-il pas plus simplement provoqué, à l'aide de certains procédés expérimentaux, de simples phénomènes hystériques qu'il a pu ainsi manier et diriger à sa guise ?

Pour nous, la discussion ne saurait être de longue durée. Depuis 1887 (1), nous avons combattu pour faire admettre : que les hytériques étaient seuls réellement hypnotisables ; que les phénomènes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire du grand hypnotisme, le seul vraiment scientifique, n'étaient autres que des manifestations de la diathèse de contracture. Entre la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme hypnotique et les états de même nom appartenant à l'hystérie, il n'existe que cette différence, à savoir, que les premiers états sont provoqués, les autres spontanés, ainsi que l'a bien montré Moczutkowski dans son important travail (2). Or, la différence est apparente et non réelle, puisque dans certains cas les états dits hypnotiques peuvent apparaître spontanément (3) et qu'il s'agit toujours d'hystériques dans la circonstance. De plus, M. Pitres (4) n'a-t-il pas établi que les zones hypnogènes et hystérogènes du même individu étaient toutes de nature hystérique ? En pressant les globes oculaires ou en fixant une personne pour déterminer l'hypnose, on ne fait que mettre en action une de ces zones : en un mot on détermine une attaque d'hystérie à forme léthargique, cataleptique ou

(1) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues*, 1re édit., 1887 ; 2e édit., 1889.

(2) Moczutkowski, *Les formes hystériques de l'hypnose*, in-8°, 202 pages et figures. Odessa, 1888 (en russe).

(3) F. Vizioli, *Del morbo ipnotico, ipnotismo spontaneo.* — Finley, *Hysteria in a male, spontaneous hypnotism with analgesia. Montreal med. Journ.*, 1892-93, t. XXI, p. 114. — Höfelt et Forello, *Ein Fall von spontänen Somnambulism. Allg. Zeits. f. Psych.*, t. XLIX, p. 250, 1893.

(4) Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. II, p. 96, 44e leçon. *Des zones hypnogènes*

somnambulique (1), lorsque ce n'est pas le paroxysme convulsif qui apparaît, l'expérimentateur n'étant pas toujours maître de la réaction de son sujet.

Enfin, comme en pareille matière les faits cliniques sont parfois susceptibles d'interprétations personnelles, nous entreprenions avec M. Cathelineau une série de recherches qui nous montraient que les divers états hypnotiques se jugeaient par une formule chimique identique à celle que nous avions découverte pour l'attaque et les états de mal hystérique (2). Au point de vue de l'hypnose, « ces résultats confirmaient, disions-nous, en les précisant et en y ajoutant de nouveaux éléments d'appréciation, les recherches de Strübing (3), de Brock (4) et de Gürtler (5) ».

Depuis lors les faits se sont accumulés, et les partisans de l'identité des phénomènes hypnotiques et hystériques ne semblent plus devoir trouver de contradicteurs. Et nous conclurons avec M. Pitres (6), qui a consacré une excellente leçon à la discussion des « rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme » : « Entre l'hypnose provoquée et l'hypnose spontanée, il n'y a aucune différence de nature. Hypnotiser un sujet, c'est lui donner artificiellement une attaque de sommeil ; le réveiller, c'est faire cesser cette attaque par des manœuvres expérimentales.

« Or nous avons vu précédemment que l'*attaque de sommeil* n'est qu'un fragment détaché ou tout au moins un équivalent clinique de la grande attaque complète et régulière de l'hystérie. Nous sommes donc amené à con-

(1) G. Guinon, *Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes in Clinique des maladies du système nerveux*, t. II, *passim*, p. 85, 137.

(2) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hypnotisme. Progrès médical*, n° 17, 26 avril 1890, p. 333. *Ibid.*, n° 51, 20 décembre 1890, p. 496.

(3) Strübing, *Deut. Archiv. f. klin. Med.*, Bd 27, p. 3.

(4) Brock, *Ueber stoffliche Veranderungen bei der Hypnose. Deut. med. Wochens.*, 1880, n° 45.

(5) Gürtler, *Ueber Veranderungen im Stoffwechsel unter dem Einfluss der Hypnose und bei Paralysis agitans. Inaug. Dissert.*, Breslau, 1882.

(6) Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. II, 63e leçon.

conclure que l'hypnose artificielle a la même signification nosographique. Elle est une des manifestations de la diathèse névropathique, un des symptômes hystériques qui peuvent être provoqués ou arrêtés par des excitations expérimentales. »

On ne saurait donc désormais se tromper sur la signification que nous attribuerons aux phénomènes hypnotiques lorsque nous aurons l'occasion d'en parler.

*
* *

Le terrain ainsi déblayé, il nous devient possible d'aborder la question des *somnambulismes* dans leurs rapports avec l'hystérie.

Il est nécessaire de reprendre la question d'un peu haut. Lorsque, en 1887, nous faisions une étude de l'hypnotisme et des états analogues, nous fûmes conduit à traiter des états somnambuliques et en particulier de l'un d'eux, le *somnambulisme naturel* ou *noctambulisme*, que l'on considérait alors comme une entité spéciale, un état morbide *sui generis*.

A cette opinion qui régentait alors la science médicale nous en opposions une autre. Nous affirmions que le somnambulisme dit naturel ressortissait à l'hystérie.

« Pathologiquement, disions-nous (1), c'est l'hystérie qui domine toute la scène : le somnambulisme naturel est par ordre hiérarchique un avant-coureur de cette névrose, de même que le somnambulisme hypnotique en est une transformation. *C'est donc bien plutôt identité qu'analogie que nous serions autorisé à dire.* »

Et plus loin (p. 191), nous ajoutions : « Nous croyons, en nous appuyant sur de nombreuses observations, que le somnambulisme est une manifestation larvée de l'hystérie chez les enfants. Elle peut être unique, s'éteindre lors de l'adolescence, ou se transformer alors et faire place aux

(1) Gilles de la Tourette, *L'Hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 1re éd., 1887, p. 168.

autres symptômes de la névrose. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir des hystériques somnambules dites naturelles pendant leur enfance continuer à être somnambules à un âge plus avancé. C..., dont nous avons bien souvent parlé au cours de ce travail, en est un bel exemple. Toute jeune, elle se levait la nuit et marchait tout en dormant pendant des heures entières. A dix-sept ans, elle eut sa première attaque, et pendant le temps où elle fut soumise à notre observation, à côté de véritables accès de somnambulisme hystérique survenant surtout à la fin de ses crises, elle avait des périodes de noctambulisme qui faisaient le désespoir des veilleuses de la salle où elle était en traitement. Évidemment, tous ces phénomènes étaient sous la dépendance d'une même cause : l'hystérie. »

Cette notion précise de la nature hystérique du somnambulisme considéré à un point de vue général, l'automatisme épileptique mis à part, que nous introduisions le premier dans la science, M. le professeur Charcot (1) la sanctionnait de sa haute autorité. Sous son influence les recherches se multiplièrent, et, parmi les nombreux travaux qui furent publiés et que nous analyserons chemin faisant, nous plaçons au premier rang les mémoires de M. Georges Guinon (2), qui, réunis dans un livre encore inédit dont il nous

(1) Charcot, *Des somnambulismes. Rev. gén.*, d'après les leçons de M. Charcot, par Blocq. *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 22 mars 1890. — *Le somnambulisme hystérique spontané considéré au point de vue nosographique et médico-légal. Ibid.*, 7 janvier 1893, n° 1. — *Du vigilambulisme hystérique* (leçon du 2 décembre 1890), *in Clinique des maladies du système nerveux* du professeur Charcot, publiée par G. Guinon, t. II, XXIX, p. 168, 1893.

(2) G. Guinon, *Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes. Du somnambulisme hystérique* (phase passionnelle de l'attaque, attaque délirante, attaque de somnambulisme). *Progrès médical*, 1891; *in Clin. des mal. du syst. nerveux*, t. II, XXVIII, p. 70. — *Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes. Du dédoublement de la personnalité d'origine hystérique; vigilambulisme hystérique. Progrès méd.*, 1892; *in Clin. des mal. du syst. nerveux*, t. II, XXX, p. 476. — G. Guinon et Sophie Woltke, *op. cit.* — G. Guinon, *Des somnambulismes*, 1 vol. Bibl. Charcot-Debove (ponr paraître prochainement). — Toutes nos indications bibliographiques des travaux de M. Guinon se rapportent à la *Clin. des mal. du*

a gracieusement communiqué le manuscrit, nous permettront d'exposer l'état actuel de nos connaissances sur cette question des somnambulismes.

Nous nous plaçons ici à un point de vue général, car il est juste d'ajouter que la description qu'a donnée M. Paul Richer dès 1881 (1re éd.) de la grande attaque avec immixtion de phénomènes somnambuliques renferme nombre d'éléments du sujet que nous allons traiter.

Nous aurons également l'occasion de citer M. Mesnet (1) qui, en 1860, publiait une bonne observation de la variété d'attaques si bien décrite par M. Paul Richer et dont on trouvera de nombreux exemples dans la thèse importante de M. Chambard (2).

*
* *

Toutes les formes somnambuliques de l'hystérie sont caractérisées par ce fait que, pendant leur manifestation, le sujet exécute, ou semble exécuter, comme à l'état de veille, les actes de la vie ordinaire. Cette sorte de définition est certainement trop compréhensive, car, ainsi que nous le verrons, la ressemblance entre le somnambule et l'individu sain y est portée à l'extrême. Elle nous paraît toutefois préférable à celle qui se base sur la composition même du mot, — *somnambule,* celui qui marche en dormant,— car, si quelqu'un ressemble au somnambule, c'est assurément celui qui est éveillé.

syst. nerveux, t. II, où ils ont été en partie réunis. — Voy. aussi Mlle Stéph. Feinkind, *Du somnambulisme dit naturel* (noctambulisme), *ses rapports avec l'hystérie et l'attaque hystérique à forme somnambulique*. Thèse Paris, 1893. (Bon exposé des idées de M. G. Guinon sur la question.) — Villani, *Sonno e vigilo, sonnambulismo isterico. Riforma med.*, Naples, t. VII, (2e part.), p. 769, 1891. — Ireland, *Remarkable case of somnambulism. The Alien. a. Neurol.*, janvier, 1893, n° 1, p. 12. — Levien, *A case of somnambulism in a boy eleven years of age. The med. Record, 4* mars 1893, p. 184 (cas sans importance). — Mitchell Clarke, *Somnambulism. Brit. med. Journ.*, juin 1894.

(1) Mesnet, *Études sur le somnambulisme envisagé au point de vue pathologique. Arch. gén. de méd.*, 1860, t. I, p. 147.

(2) Chambard, *Du somnambulisme en général.* Th. Paris, 1881.

Nous serons bref sur ce que l'on décrivait autrefois sous le nom de *somnambulisme naturel* (1). Les sujets qui en sont atteints sont généralement des enfants, des adolescents des deux sexes, parfois des adultes, qui, la nuit, au milieu du sommeil, se lèvent et « exécutent, dit Frank (2), des fonctions qui appartiennent à l'état de veille ». On remarquera ce caractère presque constamment nocturne de la manifestation : aussi M. G. Guinon et Mlle S. Feinkind proposent-ils de la désigner sous le nom de *noctambulisme*. A la vérité, les cas de noctambulisme sont absolument identiques à ceux dans lesquels le phénomène apparaît en plein jour, pendant la veille, et dont les exemples, anciens ou récents, ne sont pas rares (3).

On pensait autrefois que cet état somnambulique naissait sans transition pendant le sommeil naturel. C'est évidemment que les observations étaient incomplètes : les faits ne sont pas, du reste, d'une analyse facile, car l'expérimentateur doit ne pas perdre son sujet de vue et s'astreindre à le surveiller scrupuleusement à des heures peu pratiques pour l'investigation médicale. D'autre part, les observateurs anciens ne connaissaient guère les formes frustes de l'attaque hystérique; des fragments paroxystiques de la plus haute importance, dans l'espèce, pouvaient donc leur échapper et leur échappaient certainement. Or, des faits récemment publiés il résulte qu'entre le somnambulisme nocturne ou diurne et l'état normal, veille ou sommeil naturel, il y a presque toujours, sinon toujours, une période de transition dans laquelle on peut constater l'existence de phénomènes se rapportant à l'attaque hystérique.

Dans une observation de M. G. Guinon (4) relative à un

(1) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme*, ch. v : *Le somnambulisme naturel*. — Feinkind, *op. cit.*

(2) Frank, *Traité de path. méd.*, trad. franç., t. III, p. 51, ch. xi, Paris, 1838.

(3) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme*, ch. v, p. 176. — G. Guinon, *op. cit.*

(4) *Clinique des mal. du syst. nerveux*, t. II, p. 80, note.

garçon de douze ans, il est dit que, dans l'après-midi ou dans la soirée, « *après une courte période convulsive,* le petit malade entrait dans son somnambulisme, qui se prolongeait quelquefois jusqu'au lendemain matin. Dans cet état, il mangeait, buvait, sortait dans la rue, se faisait conduire au théâtre, etc. ».

A propos d'un autre malade âgé de seize ans et demi, M. G. Guinon (1) note que « le soir après dîner, soit assis, lisant, soit debout, travaillant, il « s'endormait » tout d'un coup. Ses yeux se fermaient, ses paupières battant légèrement; les mains et les bras étaient le siège de quelques courtes contorsions sans grande étendue et sans grande violence. Puis il se remettait au travail, les yeux toujours fermés, faisant son ouvrage avec une précision, une régularité et une adresse tout à fait remarquables, n'oubliant rien, réparant même les oublis qu'il avait pu commettre dans la journée. »

Et M. G. Guinon ajoute plus loin (p. 162, note) : « M. Gilles de la Tourette, se basant sur un certain nombre d'observations dans lesquelles des hystériques confirmés auraient présenté antérieurement des accès de noctambulisme, pense que ce dernier état se rapproche à ce point de l'hystérie qu'il est assimilable à une sorte d'hystérie larvée... Une de nos malades, que l'on avait crue longtemps simple noctambule, a été observée avec soin dans une de ses crises de soi-disant noctambulisme, et on a pu constater qu'il s'agissait, en réalité, d'une attaque d'hystérie avec allongement de la phase passionnelle. » En même temps, il cite l'exemple de deux malades dont le noctambulisme se terminait par des phénomènes convulsifs. »

Il n'est donc pas douteux pour M. G. Guinon et pour nous « que bon nombre de noctambules ne sont, en réalité, que des somnambules hystériques », toutes réserves faites, bien entendu, au sujet de certains états comitiaux automatiques

(1) G. Guinon, *Clinique des mal. du syst. nerveux*, t. II, p. 87.

ou *pseudo-somnambuliques* que nous étudierons ultérieurement. Les faits observés à la lueur des notions récemment acquises sur la pathologie de la névrose le prouvent surabondamment. Il n'est même pas nécessaire que d'autres phénomènes de la grande attaque aient coexisté avec l'état somnambulique ; car, quoi de plus subit, de plus uniforme, de moins convulsif que l'attaque apoplectique, par exemple, et qui songe à la distraire du cadre de l'hystérie ?

*
* *

A côté du noctambulisme, dont les rapports avec le paroxysme ne sont pas toujours aisés à saisir par suite de la difficulté de l'observation nocturne, se placent naturellement, sans transition, les crises ou *attaques à forme somnambulique* (avec immixtion de phénomènes somnambuliques de P. Richer). M. Mesnet (1) en a publié une observation dont l'exposé peut tenir lieu de description. Elle est d'autant plus intéressante que les attaques revêtaient un caractère nocturne, ce qui est l'exception, nous le savons, pour les paroxysmes hystériques en général.

Il s'agit d'une dame de trente ans qui, à vingt-cinq ans, eut ses premières attaques hystériques nettement caractérisées. Ces crises offraient parfois une phase cataleptique à laquelle se mêlèrent bientôt des phénomènes somnambuliques que M. Mesnet décrit ainsi qu'il suit :

« A trois heures du matin, Mme X... est prise de convulsions d'une grande violence, puis elle se lève, s'habille, fait sa toilette seule, sans aide, déplace les meubles qui s'opposent à son passage, sans jamais les heurter. Autant elle était insouciante et peu active dans la journée, autant elle met de vivacité à accomplir la nuit les actes les plus variés. Nous la voyons se promener dans ses appartements, ouvrir les portes, descendre au jardin, sauter sur les bancs avec agilité, courir... et tout cela fait beaucoup

(1) Mesnet, *Études sur le somnambulisme*, 1860, *op. cit.*

mieux que pendant la veille, puisqu'il lui fallait alors un bras pour la soutenir. La démarche était assurée, le regard d'une fixité remarquable; la pupille très dilatée, pas de clignement, le pouls calme, régulier, la *sensibilité complètement abolie*. Pas de réponse ni d'attention aux questions qu'on lui adresse, et cependant elle nous voit, mais sans nous reconnaître : nous ne sommes pour elle que des obstacles matériels qu'elle tourne quand nous nous mettons devant elle pour barrer le passage. A cinq heures moins dix minutes, Mme X... quitte le jardin, remonte dans sa chambre, se hâte de se déshabiller, de se mettre au lit comme si elle avait le pressentiment que la crise allait cesser, et, à peine couchée, elle se réveille, s'assoit sur son lit, s'étonne de voir la domestique levée, de nous trouver près d'elle, et nous en demande la cause; elle ignore complètement ce qui vient de se passer. Dans la journée, elle s'aperçoit de la disparition d'objets dont elle s'était servie la nuit; elle s'en plaint hautement, et, soupçonnant la fidélité de sa domestique, nous prie de la renvoyer pour lui en donner une autre. L'oubli était donc complet... »

Deux fois, pendant ces paroxysmes à forme somnambulique, Mme X... fit une tentative de suicide, écrivant auparavant à sa famille pour lui indiquer les raisons de sa fatale résolution.

Chez elle, nous l'avons vu, le somnambulisme débutait par des phénomènes convulsifs qui, parfois aussi, terminaient la scène morbide. Il est dit, en effet, à un certain endroit de l'observation, qu' « à cinq heures du matin, la malade se remettait au lit et se débattait dans un accès d'hystérie » qui mettait fin à l'état somnambulique, « car en nous voyant près d'elle, elle nous remerciait de nos soins, nous demandait si elle avait été plus malade, étonnée qu'elle était de notre visite à une heure si matinale ».

Les observations analogues à celle de M. Mesnet ne sont pas rares, bien que peu soient aussi caractéristiques. On

en trouvera plusieurs, avons-nous dit, dans la thèse de M. Chambard (1), dans l'ouvrage de M. P. Richer, dans les mémoires de M. G. Guinon. En 1887, nous avons publié un fait de cet ordre qui nous avait été communiqué par notre ami regretté, Duchon-Doris (2). Il nous servira pour préciser certains caractères de l'attaque d'hystérie à forme somnambulique.

*
* *

Ces caractères, tirés particulièrement de l'étude des sensibilités générale et spéciale et de l'état mental, ne diffèrent pas au fond de ceux qui appartiennent à la grande attaque, dont, en réalité, la forme somnambulique n'est qu'un dérivé. Cependant, du fait de l'état somnambulique lui-même, ils présentent quelques particularités qui méritent d'être mentionnées.

De même que pendant le paroxysme commun ou convulsif, les divers modes de la sensibilité générale sont abolis. On peut piquer les malades sans qu'ils ressentent la moindre douleur. La notion de cette insensibilité est très précieuse, car, étant donné, par exemple, que le sujet est à l'état ordinaire hémianesthésique, l'anesthésie généralisée permettra, dans l'attaque que nous décrivons et dans certaines formes prolongées ou états seconds vigilambuliques qui ressemblent singulièrement, par l'allure générale de l'individu, à l'état de veille ou état prime, de constater que celui-ci est réellement dans une crise somnambulique. Cette analgésie explique aussi que plusieurs patients aient pu s'étonner, au sortir de leur accès, d'être porteurs de plaies quelquefois profondes.

Hack Tuke (3) relate l'histoire d'une dame chez laquelle

(1) Chambard, *Du somnambulisme en général.* Th. Paris, 1881. *Op. cit.* — *Id. Cas d'hystérie avec somnambulisme. Rev. mens. de méd. et de chirurg.*, n° 4, 10 avril 1879, p. 276.

(2) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme,* ch. vii, p. 215.

(3) Hack Tuke, *Sleep-walking and hypnotism,* p. 28, Londres, 1884.

on avait déjà observé trois périodes de somnambulisme. « Une nuit, elle se leva en déshabillé, alluma une chandelle et s'enfuit dans le jardin. Son mari, surpris de ne plus la voir à ses côtés, s'en fut à sa recherche et la trouva inanimée au bas de l'escalier conduisant à la cuisine. Elle avait à la tête une large blessure qui saignait abondamment. Lorsqu'elle fut revenue à elle, elle dit : « Je ne sais pas comment cela est arrivé, je devais être endormie, et je serai tombée. »

Ce fait et d'autres que nous avons signalés (1) prêtent, on le comprend, à de singulières considérations médico-légales.

*
* *

On possède aujourd'hui des notions assez précises sur *l'état des divers sens* chez les somnambules.

« Il est difficile, disions-nous en 1887 (2), d'être fixé sur le goût et sur l'odorat, ces deux sens étant presque complètement subjectifs et partant peu appréciables en dehors d'une interrogation à laquelle les sujets ne se prêtent que difficilement lorsque, toutefois encore, on prend soin de le faire. »

Les recherches de M. Moczutkowski, de M. G. Guinon et de Mlle S. Woltke (*op. cit.*) ont cependant montré que pendant la phase passionnelle de l'attaque, assimilable à la période somnambulique, diverses substances sapides mises en contact avec la langue du malade pouvaient donner lieu à des hallucinations appropriées aux sensations. Il s'agit évidemment là d'un réveil psychique de la sensibilité gustative abolie, comme toutes les autres, pendant l'état paroxystique.

La connaissance de l'état de la *vue* et de l'*ouïe* est beaucoup plus importante, car ce sont ces sens qui mettent en rapport les somnambules avec le monde extérieur, et

(1) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme*, p. 182 et suiv.
(2) *Ibid.*, p. 179.

l'étude de ces rapports dans le somnambulisme hystérique est fort intéressante.

Des recherches de Hack Tuke il résulte que, dans la majorité des cas, les yeux sont ouverts. Cependant, dans une observation de M. G. Guinon (1), relative à un garçon de seize ans et demi, les yeux étaient le plus souvent fermés ou mieux demi-fermés, car, à certains moments, le sens visuel s'exerçait encore. Ce qu'ont constaté tous les auteurs, c'est la fixité, l'inexpressibilité du regard, l'immobilité de la pupille. Aussi Mac Nish (2) pensait-il que, malgré les apparences, le sens visuel n'entrait pas en action.

Rappelons-nous la fameuse scène de Macbeth :

Doctor : *You see, her eyes are open*
Gentlewoman : *Ay, but their sense is shut.*

Il n'est pas juste de dire que leur « sens est fermé » ; il s'exerce encore, mais d'une façon particulière, purement psychique, et ce qui est vrai pour la vue l'est également pour le sens auditif et, en réalité, pour tous les sens.

Il est, en effet, des somnambules qui, pendant leurs accès, lisent, causent, vont et viennent sans se heurter aux objets qui les entourent, écartant de la main les personnes qui mettent obstacle à leur passage. Mais ils ne voient pour ainsi dire que ce qui a trait à leur hallucination, ne s'inquiètent que de ce qui met obstacle à l'évolution de leur rêve dont le somnambulisme n'est que l'expression objectivée.

Soave (3) rapporte une observation très intéressante au double point de vue de la vue et de l'ouïe qui corrobore ce que nous avançons :

« Un étudiant en pharmacie nommé Castelli, sujet à des accès de somnambulisme, fut un jour surpris au moment où, étant dans cet état, il s'occupait à traduire de

(1) G. Guinon, *Clinique des mal. du syst. nerveux*, t. II, p. 86.
(2) Mac Nish, *Philosophy of sleep*, 2e édit., 1854.
(3) Soave, cité par A. Bertrand, *Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il présente.* Paris, 1823.

l'italien en français. Il cherchait les mots dans un dictionnaire comme il eût pu le faire éveillé, et paraissait se servir d'une lumière placée près de lui. Ceux qui l'observaient éteignirent cette lumière, et aussitôt il parut se trouver dans l'obscurité, chercha en tâtonnant sa chandelle sur la table, et fut la rallumer à la cuisine. Or, au moment où il se croyait ainsi dans l'obscurité, il était réellement dans une chambre éclairée, mais éclairée par des chandelles différentes de celle qu'il avait allumée et qui ne lui servaient de rien, *puisqu'il ne les savait pas là.* »

Et Brierre de Boismont ajoute en parlant du même malade (1) : « Il entendait les conversations *qui étaient en rapport avec ses pensées,* mais il restait étranger aux discours tenus par les personnes présentes quand ils roulaient sur d'autres sujets. » De même M. Lépine (2) a rapporté l'histoire d'un hystérique somnambule « qui n'entendait absolument que les bruits qu'il écoutait. »

« Il existe, en effet, dit M. G. Guinon, dans cet état de délire somnambulique, une sorte de monoïdéisme très particulier expliquant l'inanité de toute tentative faite dans le but de changer l'ordre, l'association des idées délirantes. »

C'est donc bien plutôt, qu'on nous passe cette expression, le sens psychique que le sens physique qui est en activité chez les somnambules.

Cependant, en entrant dans le délire du sujet, il est possible, dans certains cas, de guider ce délire, de *raisonner* jusqu'à un certain point le malade.

C'est ce qui existait dans l'observation que nous communiqua M. Duchon-Doris. Il y est dit, en effet : « Nous mettons alors la main sur l'épaule de cette femme et, à l'aide d'une pression légère, nous réussissons à la faire changer de direction. Nous la reconduisons ainsi dans la salle, vers

(1) Brierre de Boismont, *Des hallucinations,* 3e édit., Paris, 1862, p. 331.

(2) Lépine, *Sur un cas d'hystérie à forme particulière. Revue de méd.,* 10 août 1894, p 716.

son lit. Nous lui adressons la parole : elle ne répond pas d'abord, puis elle dit qu'elle a des affaires, qu'il faut la laisser sortir, parlant d'une façon lente et monotone comme si elle rêvait tout haut. Nous lui plaçons un livre entre les mains en lui disant que la lecture en est très importante. Elle essaye et lit les très gros caractères qui forment le titre de l'ouvrage. C'est, du reste, la seule chose qui soit lisible dans la demi-obscurité de la salle : son acuité visuelle n'est donc pas très développée. Nous lui ordonnons alors de se coucher : elle le fait et, en lui plaçant les mains sur les yeux, que nous fermons, nous la mettons en léthargie hypnotique : elle présente alors les contractures caractéristiques. »

Outre que ce fait est important au point de vue de l'influence, toujours limitée, il est vrai, qu'on possède parfois sur les somnambules, il montre aussi qu'il est possible de transformer une attaque somnambulique en léthargie hypnotique, états, comme nous le savons, entièrement de même essence.

L'activité psycho-sensorielle se renferme donc généralement dans des limites très restreintes chez les somnambules par ce fait qu'elle ne s'exerce que dans le sens seul du rêve qui domine tout l'état morbide. Ce qui n'empêche pas, au contraire, que, dirigée vers un point déterminé soit par le rêve lui-même, soit par une suggestion extrinsèque, elle ne puisse s'exalter considérablement chez certains sujets, se concentrant tout entière dans les limites de ce monoïdéisme dont nous avons parlé.

Un malade de M. G. Guinon, le nommé de B..., journaliste de profession, était, à l'état de veille, morne et apathique, incapable de tout travail intellectuel, réalisant ainsi, en réalité, l'état mental type de l'hystérique homme. Pendant ses accès de somnambulisme, il redevenait un écrivain brillant, un poète heureusement inspiré, si l'on guidait son délire dans le sens de ses travaux littéraires. « Mais, dit M. G. Guinon, pendant qu'il écrit, il est assez profondément concentré pour qu'on puisse agiter autour

de lui des objets voyants et les rapprocher assez près de ses yeux ou de sa copie sans qu'il s'en occupe le moins du monde. Le champ de la vision paraît rétréci et limité exclusivement à son papier. On ne peut cependant, ainsi que nous l'avions fait chez le jeune P..., lui enlever la feuille de papier sur laquelle il écrit et le voir continuer à écrire. » Ainsi donc, si l'activité psychique est exaltée dans le somnambulisme, c'est qu'elle se restreint d'autant dans un sens déterminé.

Cette exaltation si particulière de l'activité psychique, nous la retrouverons encore plus marquée, mais moins limitée, élargissant davantage son champ d'action dans les formes prolongées du somnambulisme ou *états seconds*. Elle conduira à de telles modifications du caractère, de l'état mental du sujet, qu'il semblera réellement exister chez lui deux personnalités distinctes, non pas seulement au point de vue de l'indépendance du souvenir de l'une par rapport à l'autre, mais bien par la tournure d'esprit, par l'allure générale qui fait qu'une personne ressemble à une autre ou en diffère.

Ces changements d'état au moral s'observent également au physique. Pendant l'attaque somnambulique, on peut voir disparaître des phénomènes paralytiques qui existaient à l'état de veille (Mesnet, 1860), de la myopie (1), un tremblement marqué des membres supérieurs (G. Guinon), tous phénomènes qui reparaîtront, non constamment toutefois, au moment où l'attaque se terminera. Ce en quoi d'ailleurs l'attaque à forme somnambulique ressemble aux autres formes du paroxysme, car on peut voir des malades paraplégiques agiter leurs membres inférieurs avec violence pendant les contorsions de la période de clownisme; c'est même un procédé que l'hystérie met souvent en œuvre pour la cure de semblables manifestations.

Quant aux phénomènes qui constituent ce que l'on

(1) Dufay, *La notion de la personnalité. Rev. scient.*, 1867, t. I, p. 69.

appelle le *sens musculaire*, il est certain qu'ils peuvent être et sont souvent exaltés. Comment expliquer, en dehors de l'exaltation de ce sens, les tours de force qu'exécutent si fréquemment les somnambules, courant sur les toits, sur la crête d'un mur, sans tomber ?

Au milieu de sa crise, la malade de M. Duchon-Doris « monte jusqu'aux combles où est situé le dortoir (où elle couchait auparavant), et, arrivée sur le palier, elle ouvre la fenêtre qui donne sur les toits, sort par la fenêtre et se promène dans la gouttière sous les yeux de l'infirmière épouvantée, qui n'ose pas lui adresser la parole, rentre par une autre fenêtre et redescend l'escalier ».

Mais, en réalité, cette exaltation du sens musculaire est purement secondaire : elle est sous la dépendance de l'exaltation psychique dont nous parlions. Le somnambule, qui marche dans une gouttière, est un automate ; la crainte, phénomène psychique, n'existe pas dans l'état de monoïdéisme où il est plongé ; le vertige, phénomène physique, il ne saurait l'éprouver, puisque courir sur la crête d'un mur et marcher sur une surface large, c'est tout un pour lui ; c'est le chemin par lequel il va vers la réalisation de son délire. Mais qu'on le réveille, son activité psychique se dissocie fatalement ; il éprouve des vertiges, phénomènes réflexes indépendants de sa volonté. Aussi faut-il, en pareille occurrence, bien se garder de faire brusquement sortir de semblables sujets de leur état somnambulique, ils tomberaient infailliblement dans le vide, et les exemples de pareils accidents ne sont pas rares.

En résumé, le somnambule pendant son attaque est un être pour ainsi dire purement psychique : les sensations physiques et morales n'existent plus pour lui qu'autant qu'elles peuvent trouver place dans son hallucination, qu'elles peuvent servir à l'exécution de son rêve en action. « En dehors de ce qui a trait à ce dernier, disions-nous en 1887, le somnambule est entièrement fermé à toutes les impressions..., il ne voit, il n'entend, — nous

pourrions ajouter, il ne sent, — que ce qui a trait à l'idée, au rêve qu'il poursuit (*op. cit.*, p. 180). » C'est, comme l'a bien montré M. G. Guinon, en entrant pour ainsi dire dans son rêve qu'on a la chance la plus grande de l'influencer et de faire naître des suggestions, que le sujet ne tarde pas, du reste, à s'assimiler pour les faire servir encore à son propre rêve. Et ce rêve peut être tellement intense qu'une malade de Dufay (*op. cit.*) s'était levée une nuit et avait été se jeter à la nage dans un étang pour secourir un de ses frères qu'elle croyait y être tombé.

*
* *

Un autre caractère fort intéressant du somnambulisme hystérique et qui le rapproche encore jusqu'à l'identité du somnambulisme hypnotique, c'est qu'au réveil le malade a oublié ce qui s'est passé pendant l'accès. Par contre, dans un second accès, il se souvient de ce qui s'est passé dans le premier.

Les faits où l'on note la reviviscence du souvenir dans un second accès sont nombreux. Nulle observation n'est plus démonstrative, à ce point de vue, que celle du journaliste, sujet d'étude fort précieux, dont M. G. Guinon a rapporté l'histoire. Entre autres expériences, citons la suivante :

Quelques jours après son entrée à l'hospice, le malade, qui observait avec intérêt tout ce qui se passait autour de lui, avait manifesté à plusieurs reprises l'intention d'écrire quelque chose, une nouvelle, un petit roman sur la Salpêtrière. Profitant d'un moment où il était dans sa crise délirante ou somnambulique, M. Guinon nous dit (p. 150) : « Nous attirons son attention sur ce sujet en lui criant aux oreilles à diverses reprises : « La Salpêtrière ! » et en plaçant devant lui une plume, de l'encre et du papier. Au bout de quelques instants il se mit à écrire et remplit ainsi, sans s'interrompre autrement que pour allumer quelques cigarettes que nous lui offrons, douze feuillets de papier

composant une sorte de prologue à son roman... De temps en temps, comme s'il se trouvait avec un camarade dans un bureau de rédaction de quelque journal, il parle à cet ami imaginaire, etc. On le réveille alors en lui soufflant sur la face et en pressant un point hystérogène qu'il porte dans le flanc gauche. Il revient à lui après quelques mouvements convulsifs, et on lui met sous les yeux le manuscrit qu'il vient de composer. Il reconnaît bien son écriture et paraît fort étonné d'avoir écrit tout cela en une heure. Il pense qu'on a dû le faire écrire pendant qu'il « dormait », car il n'avait encore rien composé là-dessus à l'état de veille, et d'autre part, dans cet état de veille, il lui eût fallu deux bonnes heures pour écrire ainsi douze pages presque sans retouches. »

Ces faits corroborent ce que nous disions de l'exaltation psychique qui se développe chez certains sujets pendant l'état somnambulique.

Mais ne perdons pas de vue la reviviscence du souvenir dans un second accès : « Trois jours après, dit M. G. Guinon, on recommence l'expérience. Le malade prend la plume et délibérément, sans hésitation, numérote sa première feuille 13 et, au haut de la page, il écrit le dernier mot de son précédent manuscrit... Nous le laissons alors vingt jours sans lui reparler de son roman, et, au bout de ce temps, nous attirons de nouveau son attention sur ce sujet. Il prend la plume, numérote sans hésitation son premier feuillet 21, en traçant comme toujours en haut les deux derniers mots de la dernière feuille écrite vingt jours auparavant. »

« Il y a là, ajoute M. G. Guinon, une espèce d'hyperacuité de la mémoire bien remarquable. Il est peu probable qu'à l'état de veille il se fût ainsi souvenu, après vingt jours d'intervalle, des deux derniers mots et du numéro de sa dernière feuille écrite... Ce phénomène montre qu'il existe évidemment une sorte de liaison entre les états somnambuliques successifs chez cet homme. Cela ne se produit pas toujours chez tous les malades, ou du

moins il est impossible de s'en rendre compte. Leur personnalité n'est donc pas véritablement changée en cet état. Le dédoublement de leur moi se manifeste seulement par cette particularité qu'ils n'ont pas souvenance, dans la veille, de ce qui s'est passé pendant le somnambulisme. »

*
* *

Ce fait de l'oubli au réveil et de la reviviscence du souvenir dans un deuxième accès prête à des considérations médico-légales fort intéressantes.

La somnambule hystérique de M. Mesnet se servait pendant sa crise de certains objets qu'elle ne retrouvait plus à son réveil, ne se souvenant plus de l'endroit où elle les avait placés, ce qui l'amenait à soupçonner la fidélité de sa domestique et l'incitait à demander son renvoi.

Despine (1) rapporte l'histoire d'un somnambule qui « se dérobait chaque nuit une pièce d'or qu'il déposait dans le même endroit. Voyant disparaître son or, il soupçonna sa fille, la seule personne qui habitât avec lui. Après lui avoir fait des remontrances répétées et infructueuses, il la chassa de chez lui. Les pièces continuèrent à disparaître. Une nuit, il se réveille ayant une vive douleur à la plante d'un de ses pieds ; il allume la lampe ; il voit qu'il est blessé et trouve un morceau de verre dans la blessure. Dès lors, le mystère s'explique. Des fragments de verre cassé étaient sur la table ; il y était donc monté pendant son sommeil. C'est de là qu'il déposait sur une étagère toutes ses pièces qu'il retrouva ».

La reviviscence du souvenir n'est pour rien dans le fait précédent ; l'oubli au réveil a seul fait commettre l'erreur ; il n'en est pas de même dans le suivant, qui a été rapporté par Dufay (2).

L'auteur, médecin de la prison de Blois, y rencon-

(1) *Étude scientifique sur le somnambulisme*, Paris, 1880, p. 92.

(2) Dufay, *Le dédoublement de la personnalité. Rev. scientifique*, 1er décembre 1885, p. 703.

tra une jeune fille inculpée de vol qui protestait de son innocence avec la dernière énergie. Sachant qu'elle était hystérique, sujette à des crises somnambuliques, et l'ayant déjà vue dans cet état ranger des objets qu'éveillée elle croyait avoir perdus et qu'elle retrouvait ensuite dans un deuxième accès, sans avoir besoin de chercher, il obtint du juge d'instruction l'autorisation de faire quelques expériences et lui demanda d'y assister. Pendant une crise provoquée, la malade indiqua la place où se trouvaient les objets dérobés. Un transport sur les lieux permit de constater qu'elle disait vrai; aussi fut-elle relaxée de la plainte.

Dans le cas rapporté par Motet (1), des agents en faction avaient vu entrer dans un urinoir un homme qui y aurait commis, suivant eux, des actes contraires à la pudeur. « Ils affirmaient avoir vu beaucoup de choses et avoir constaté que D... était resté plus d'une demi-heure dans l'urinoir. Ils prétendaient même que D... avait provoqué l'un d'eux. Dans tous les cas, ils ne pouvaient dire que la provocation se fût adressée à aucune autre personne. D..., brusquement entraîné par eux, protesta en vain de son innocence. On le conduisit au poste de police, de là au Dépôt. Dans les trois jours il fut jugé, condamné à trois mois de prison, envoyé à la prison de la Santé. Il y arriva malade et fut placé à l'infirmerie. » C'est là que M. Motet put l'examiner.

Heureusement que, à l'instar de M. Dufay pour la jeune fille de la prison de Blois, M. Motet connaissait ce malade, qui avait été traité autrefois dans le service de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine, pour des accidents hystériques. En déterminant chez lui, par des manœuvres hypnotiques, un nouvel accès de somnambulisme qui provoqua la reviviscence du souvenir, il put établir dans quelle erreur les premiers juges étaient tombés : D..., en proie à une violente hématémèse d'origine hystérique, était entré dans

(1) Motet, *Annales d'hygiène et de méd. légale,* 1881, t. V, p. 214.

l'urinoir, avait mouillé « son mouchoir au tube de lavage des dalles verticales pour enlever plus aisément le sang qui souillait ses moustaches ». A partir de ce moment, il était tombé en pleine crise somnambulique, si tant est que celle-ci n'avait pas débuté avec l'hématémèse, car nous verrons combien souvent les hémorragies naissent sous l'influence d'un paroxysme. Revenu à l'état de veille, il avait tout oublié et n'avait pu se défendre de l'accusation dont il était chargé. Les juges d'appel réformèrent le jugement de première instance.

Dans un autre cas, étudié par MM. Mesnet (1) et P. Garnier (2), un homme de dix-neuf ans, Ulysse X..., élève dentiste, pénètre dans une boutique de brocanteur et « sans hâte, sans gêne aucune, il transporte successivement dans la cour de sa maison divers objets mobiliers et n'est interrompu dans sa besogne que par l'arrivée du marchand qui l'appréhende aisément et requiert son arrestation. Le délit absolument flagrant rendait toute dénégation impossible. Cependant X..., tout d'abord hébété et comme ahuri, ne tarde pas à protester avec force contre l'inculpation qui pèse sur lui et à se signaler à l'attention par des allures tout à fait bizarres. Au Dépôt, on remarque que par instants il a comme des *absences*... On lui parle... il ne répond plus... à l'appel de son nom il ne bouge pas... et les plus vives injonctions ne le font pas sortir de sa torpeur. Il semble qu'il n'entend pas et qu'il est devenu étranger à tout ce qui l'entoure. Il a comme des *attaques de sommeil;* devant le magistrat instructeur il s'endort ! »

L'expertise montre que c'est un hystérique confirmé, présentant les stigmates caractéristiques de la névrose. « La transition de l'état de veille au sommeil pathologique se fait d'une manière insidieuse ; elle s'établit instantanément sans qu'aucun phénomène bruyant la signale

(1) Mesnet, *Étude médico-légale sur le somnambulisme spontané et le somnambulisme provoqué.* Communic. à l'Ac. de méd., 15 mars 1887.

(2) P. Garnier, *L'automatisme somnambulique devant les tribunaux. Ann. d'hyg. et de méd. lég* , avril 1887.

à l'attention. Il n'en est pas de même du retour à la vie normale, qui n'a lieu souvent qu'au prix d'une violente attaque convulsive avec arc de cercle, contorsions, hallucinations terrifiantes, sanglots qui viennent clore l'accès. »

Et M. P. Garnier terminait ainsi son rapport : « Dans notre conviction entière, X... est un malade : c'est un hystéro-épileptique sujet à des attaques convulsives graves et à des accès de somnambulisme engendrant des actes automatiques parmi lesquels il convient de ranger le vol qui lui est imputé. On ne saurait demander compte de sa conduite à un homme dont la raison subit de telles absences, la volonté de telles défaillances, et un si complet effacement. »

Conformément au rapport de M. P. Garnier, X... bénéficia d'une ordonnance de non-lieu.

Il n'en fut pas de même pour un autre malade, objet d'un rapport de M. Ballet (1), également hystérique et sujet à des accès de somnambulisme. L'enquête ayant démontré qu'il était éveillé lorsqu'il avait commis les délits qu'on lui reprochait et qu'il avouait du reste, le tribunal le condamna à un mois de prison.

Après l'exposé de ces faits et de plusieurs autres dont nous parlerons bientôt, il est facile de comprendre à quelles erreurs judiciaires peut conduire le somnambulisme hystérique. La responsabilité du somnambule disparaît pendant les accès; est-elle entière dans leur intervalle? On ne saurait se prononcer en se plaçant à ce point de vue général, car chaque cas mérite une étude particulière. En 1887, nous nous sommes efforcé de tracer les règles de l'expertise en pareille matière; nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur aux considérations dans lesquelles nous sommes alors entré à propos de semblables faits (2).

(1) *Le Temps* du 13 août 1891.

(2) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 1re édit., 1887.

*
* *

Les états que nous venons d'étudier sont passagers ; il s'agit d'une crise, d'une attaque délirante à laquelle les phénomènes somnambuliques donnent sa caractéristique. Comme tous les autres paroxysmes, ils sont susceptibles de s'étendre, de s'allonger sous forme d'*état de mal somnambulique*.

Celui-ci présentera, on le conçoit, des caractères très particuliers. Rappelons-nous, en effet, que pendant l'état normal les sujets ignorent ce qui s'est passé pendant l'état somnambulique, mais que, d'autre part, ils se souviennent dans un deuxième somnambulisme de ce qui s'est passé dans un premier. On peut alors s'imaginer que, si les périodes somnambuliques se rapprochent suffisamment ou si elles s'allongent considérablement avec de courts intervalles d'état normal, on verra naître ce qu'Azam (1) a appelé l'*état second*, comparativement à l'*état prime* ou normal.

Le sujet aura donc, pour ainsi dire, deux vies : une normale ou *état prime* pendant laquelle il aura complètement oublié ce qui s'est passé dans l'autre ou *état second*. Dans l'état second, par contre, la majorité des sujets, car ces cas, nous le verrons, sont variables, se souviennent de ce qui s'est passé dans l'état prime ou vie normale.

« C'est donc là, disions-nous en 1887, une véritable double vie, mieux encore qu'un dédoublement de la personnalité, terme emprunté à la médecine mentale, et mal à propos dans la circonstance, car il s'applique bien plutôt aux sujets qui, tout en restant à l'état de veille, s'imaginent de temps en temps être une autre personne et se commandent à eux-mêmes des actes qu'ils exécutent comme s'ils leur avaient été imposés par un individu étranger (2). »

(1) Azam, *Amnésie périodique ou dédoublement de la vie. Rev. scientifique*, n° 47, 20 mai 1876.

(2) Cette question des états seconds et des variations de la personnalité a été traitée au point de vue psycho-physiologique par divers auteurs : Ribot,

En vérité, le terme importe peu. Réellement, si les états seconds se prolongent assez longtemps, pendant des mois et des années, comme nous allons en rapporter des exemples, avec de courts intervalles d'état prime, il semblera véritablement exister chez le même sujet deux personnes dont l'une, celle de l'état prime, ignore l'autre. Dans ces cas, la vie seconde prend tellement les allures de la vie normale, qu'on peut converser avec ces personnages, vivre avec eux de longs jours, sans que rien ne dénote, au moins à l'examen extramédical, qu'ils sont en état de somnambulisme. Ils paraissent si bien être dans la veille, que M. Charcot (1) a adopté, pour désigner cet état, le terme de « *vigilambulisme* » proposé par MM. Egger et Lereboullet (2).

Avant d'aller plus loin, nous devons dire qu'antérieurement à la publication de notre ouvrage sur l'*Hypnotisme et les états analogues* (1887), les cas que nous allons décrire n'avaient pas en nosographie la signification qu'ils ont aujourd'hui. A la vérité, les auteurs notaient bien parfois qu'il s'agissait de sujets hystériques, mais avec les idées qui avaient alors cours sur le somnambulisme, sorte d'entité morbide indépendante de la névrose, aucun d'eux n'avait encore osé affirmer qu'en réalité l'état second n'était autre chose qu'un état hystérique.

Aussi, traitant du vigilambulisme, M. G. Guinon s'exprime-t-il en ces termes (3) : « M. le professeur Charcot,

Les maladies de la personnalité, 1885. — P. Janet, *L'automatisme psychologique*, 1889. — *État mental des hystériques; les stigmates mentaux; les accidents mentaux*, 2 vol., 1893 (?), s. d. — Binet, *Les altérations de la personnalité. Rev. des Deux Mondes*, 13 février 1891. — Laurent, *Des états seconds : Variations pathologiques du champ de la conscience*. Th. Bordeaux, 1892. — Nous ne faisons que mentionner ces travaux, pour la plupart fort remarquables et dans lesquels le philosophe et le dialecticien trouveront matière à ample moisson.

(1) Charcot, *Du vigilambulisme hystérique* (leçon du 2 décembre 1890), *in Clinique des mal. du syst. nerveux*, par G. Guinon, t. II, p. 169, XXIX.

(2) *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 8 juin 1887.

(3) G. Guinon, *Clinique des maladies du système nerveux*, t. II, 1893, p. 259.

dans ses *Leçons* (déc. 1890), a émis l'idée que cet état vigilambulique chez les sujets hystériques n'est autre chose qu'un morceau d'attaque dans laquelle les phénomènes convulsifs sont relégués au second plan. Une hypothèse analogue avait été apportée par M. Gilles de la Tourette dans son livre sur l'hypnotisme (1887) (1). « Ces faits, dit ce dernier, dérivent tous, à notre avis tout au moins, du somnambulisme hystérique. En un mot, ce sont de véritables accès de somnambulisme hystérique prolongé... L'état anormal dans lequel l'individu va être plongé, survient assez souvent sans secousse apparente pour un observateur non éclairé (tout au moins dans les cas très caractérisés)... Que les phénomènes convulsifs s'apaisent et sans que le somnambulisme hystérique perde ses droits, l'état second se trouvera constitué. »

*
* *

Examinons maintenant les cas publiés, en nous servant des notions que nous avons contribué à introduire dans la science.

Un fait des plus importants, qui passa inaperçu jusqu'au jour où nous en fîmes ressortir tout l'intérêt, est celui que rapporta, en 1854, le docteur Bellanger. Il peut servir de transition entre les attaques à forme somnambulique et les états somnambuliques prolongés ou états seconds.

« On a vu, dit Bellanger (2) (en résumant une argumentation), qu'il y a chez les somnambules une dualité d'existence tellement tranchée que la vie somnambulique est complètement distincte et indépendante de la vie ordinaire ; que les événements de la première ne se conservent

(1) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues*, 1887, p. 245 et suiv.

(2) Bellanger, *Le magnétisme, vérité et chimères de cette science occulte*, Paris, 1851, ch. xi, p. 207. *Histoire d'une somnambule douée d'une double existence intellectuelle et morale.* Voir Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 1re édit., 1887, p. 262.

pas dans la mémoire pendant la seconde, sans qu'il y ait réciprocité sous ce rapport; de telle sorte qu'on peut dire d'une personne qui est somnambule qu'elle comprend et résume en elle deux personnes distinctes, dont l'une connaît l'autre sans en être connue. Nous allons mettre en relief, sous une forme vivante et dramatique, ce mystérieux dualisme de la vie humaine.

« Nous allons voir une somnambule jouir d'une existence réelle et complète sans en avoir conscience, accomplir tous les actes et subir les conditions les plus saisissantes de la vie humaine sans en avoir le moindre soupçon. Elle aura, dans sa vie somnambulique, l'usage complet de toutes ses facultés intellectuelles et morales, la liberté la plus entière et, par conséquent, la responsabilité de ses actions; elle cédera aux instincts impérieux de son cœur et se livrera à tous les égarements de sa passion, sans que sa mémoire en conserve dans la vie ordinaire le plus léger souvenir, la plus fugitive réminiscence... L'état somnambulique passera chez elle, et alors cessera pour jamais le mode d'existence qui en était l'effet. Tous les actes de la vie somnambulique seront effacés, anéantis pour la somnambule; ils seront pour elle comme s'ils n'avaient jamais été : elle aura vécu d'une vie qui lui sera aussi inconnue que le serait la vie d'un étranger qui aurait vécu dans un autre monde. »

Nous avons tenu à citer le précédent passage dans son entier, pour montrer combien Bellanger, dès 1854, avait émis des idées justes sur l'état second. Analysons sommairement l'histoire de sa malade, qui renferme la donnée du roman le plus tragique qui se puisse imaginer.

Mlle X..., âgée de vingt et un ans, vint à Paris pour se faire soigner d'attaques d'hystérie convulsive nettement caractérisées. Le Dr Y... la traita par l'hypnotisme; les accès diminuèrent de fréquence, d'intensité et finirent par disparaître. Alors Mlle X... se maria, mais sous l'influence de chagrins domestiques, les attaques reparurent. De ce fait, elle revint à Paris et se confia de nouveau au Dr Y...

Le magnétisme resta d'abord impuissant, puis, un jour, au cours d'une séance d'hypnotisation, elle tomba dans un état somnambulique, les yeux fermés, pendant lequel elle put, durant une heure, entrer en conversation avec le Dr Y... A son réveil, elle crut qu'elle avait dormi d'un sommeil ordinaire et ne se souvint nullement de ce qui s'était passé. Comme les attaques ne disparaissaient pas, plusieurs fois par jour, le Dr Y... « changeait chaque attaque en un accès de somnambulisme doux et paisible ». Ces pratiques se renouvelèrent si fréquemment que bientôt la malade eut pour ainsi dire deux existences. « Dans la vie somnambulique, Mme X... était calme, causait tranquillement et soutenait la conversation et la discussion sur toutes sortes de sujets avec la plus parfaite aisance; elle racontait, riait, plaisantait, et si l'on n'eût remarqué qu'elle avait les yeux toujours involontairement fermés, on eût pu croire qu'elle n'était pas sortie de la vie normale. »

Ce fut pendant cet état somnambulique que le Dr Y... devint l'amant de Mme X..., chez laquelle se montrèrent tous les signes de la grossesse, cinq ou six mois après le départ de son mari pour un long voyage.

Alors se dressa une singulière situation. Pendant la vie somnambulique, Mme X... « savait très bien à quoi s'en tenir et ne s'inquiétait pas trop de sa position », mais, pendant la vie normale, sûre de n'avoir pas eu de rapports illicites, elle demandait au Dr Y... des remèdes pour faire cesser cette étrange maladie dont elle ne soupçonnait même pas la cause. A mesure qu'approchait le terme de la grossesse, les attaques d'hystérie se multiplièrent; il devint de plus en plus difficile de les diriger dans le sens du somnambulisme, et la scène se termina par un état de mal délirant qui nécessita un internement au cours duquel Mme X... mit au monde un enfant qui ne vécut que peu de jours. La guérison survint enfin après toutes ces péripéties; nous ne savons si elle fut durable.

Ce cas, outre qu'il est le premier en date où soit décrite

la « double existence » des somnambules, est fort important en ce qu'il nous fait assister à la genèse de l'état second, qui n'est autre chose, ici comme ailleurs, que la transformation d'une attaque hystérique en un paroxysme prolongé à forme somnambulique, dirigé dans ce sens plus particulièrement à l'aide de manœuvres hypnotiques. Pendant l'état second, la malade agit, raisonne, comme une personne à l'état de veille. Objectivement, faisons remarquer qu'elle a les yeux fermés, ou mieux, très probablement, demi-clos, comme dans un fait de même nature, moins intéressant toutefois, rapporté par Du Potet (1).

*
* *

Dans le cas que nous allons maintenant analyser, dû à Azam (2), et qui a fait époque dans la science, l'habitus général pendant la période somnambulique est tout à fait celui d'une personne à l'état de veille. L'état second y prend en outre des proportions si considérables qu'il domine, à vraiment parler, toute l'existence.

Il s'agit encore d'une femme, Félida X..., qui, dès l'âge de treize ans, fut atteinte de phénomènes hystériques caractérisés. A quatorze ans, sans cause connue, parfois sous l'influence d'une émotion, à la suite de certaines manifestations dans lesquelles on reconnaît une attaque avortée, elle tombait dans ce qu'Azam propose le premier d'appeler un *état de condition seconde,* qui durait d'une à deux heures. Devant la fréquence de ces *états,* qui se montraient tous les cinq ou six jours, ses parents la crurent folle.

Puis les crises deviennent quotidiennes : elles sont remarquables par la courte durée du début et la longueur de la période somnambulique qui s'étend, pour ainsi dire,

(1) Du Potet, *Traité complet du magnétisme animal,* 3e édit., p. 304. Extrait du *Journal de Toulouse,* 30 juin 1855.

(2) Azam, *Amnésie périodique ou dédoublement de la vie. Rev. scientifique,* n° 47, 20 mai 1876.

désormais sur toute l'existence. Phénomènes importants : pendant l'état prime ou normal, Félida souffre de douleurs variées ; de plus elle est triste et morose. Pendant l'état second, la souffrance a disparu, son caractère a complètement changé, de triste elle est devenue gaie, et sa vivacité touche à la turbulence ; son imagination est plus exaltée. Dans cet état, elle se souvient parfaitement de tout ce qui s'est passé pendant les autres états semblables qui ont précédé, et aussi des actes accomplis pendant sa vie normale. « Par contre, dans sa vie normale, elle ne se souvient en aucune façon de ce qui s'est passé pendant les périodes d'état second ; or, comme celles-ci sont très fréquentes, s'allongent de plus en plus, persistent pendant des semaines et des mois, on comprend combien sont grandes les lacunes de la mémoire pendant la vie normale.

« Dans cette vie comme dans l'autre, ses facultés intellectuelles et morales, bien que différentes, sont incontestablement entières ; aucune idée délirante, aucune fausse appréciation, aucune hallucination ; je dirai même que, dans ce deuxième état, dans cette condition seconde, toutes ses facultés paraissent plus développées ou plus complètes. »

Si la malade, comme nous l'avons dit, entre en état second par une crise, toujours légère d'ailleurs, elle en sort également à la faveur d'un paroxysme avorté. « Tout à coup, la gaieté de Félida disparaît, sa tête se fléchit sur sa poitrine et elle retombe dans l'état de torpeur que nous avons décrit. Trois ou quatre minutes s'écoulent, et elle ouvre les yeux pour rentrer dans l'existence ordinaire. On s'en aperçoit à peine, car elle continue son travail avec ardeur. »

Il est à noter qu'en 1876, date de sa publication, M. Azam observait Félida depuis seize ans, ce qui rend l'observation des plus intéressantes au point de vue de savoir comment évoluent les états seconds. Le schema suivant (fig. 32) montrera combien l'état second tendait de plus en plus à dominer l'état prime, à mesure que

la malade avançait en âge. On remarquera cependant que, de vingt-quatre à vingt-sept ans, la malade est restée, sans interruption, trois ans en état prime.

La première période de l'histoire de Félida s'arrête en 1876. Depuis, M. Azam a complété son observation (1) en y ajoutant ce détail qui a son importance, à savoir, que la malade entre désormais en état second à la faveur d'une crise véritablement délirante. « Le désordre intellectuel est

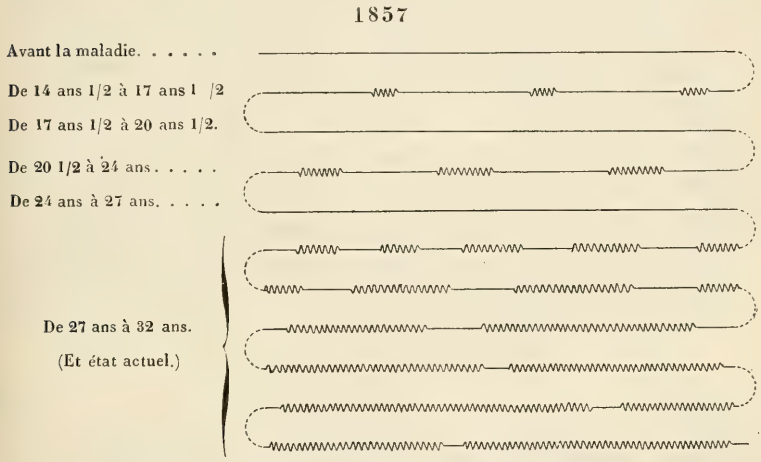


Fig. 32 (d'après Azam). — Les lignes droites représentent les périodes d'état prime ou normal ; les lignes brisées les périodes d'état second.

très grand, le visage exprime une terreur profonde ; elle ne reconnaît plus personne, excepté son mari ; elle a de véritables hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe et se croit entourée de fantômes et d'égorgements. Cet état dure peu (quelques heures) et se termine par une période de transition ordinaire ; la malade rentre alors dans la condition seconde, dont l'état précédent n'est en quelque sorte que la préface ou l'annexe. » (P. 92.) Ces dernières considérations corroborent jusqu'à l'évidence

(1) Azam, *Hypnotisme et double conscience*, 1 vol. in-8°, Paris, 1893. — L'histoire de Félida y est rapportée en entier

l'opinion que nous émettions en 1887, à savoir, que l'état second n'est qu'une attaque délirante prolongée de nature hystérique, le somnambulisme étant un véritable délire.

Pour en terminer avec ce qui a trait à Félida, disons encore que M. Azam insiste avec beaucoup de justesse sur ce que peut être la vie de semblables malades que les personnes de leur entourage sont portées à considérer comme de véritables aliénés. La voyant au sortir d'une période d'état second qui a duré trois mois, il dit : « Félida est d'une tristesse qui touche au désespoir et m'en donne les motifs en termes éloquents. Sa situation est, en effet, fort triste, et chacun de nous, faisant un retour sur lui-même, peut aisément comprendre ce que serait aujourd'hui sa vie si l'on supprime, par la pensée, le souvenir des trois ou quatre mois qui précèdent. Tout est oublié, ou plutôt rien n'existe : affaires, circonstances importantes, connaissances faites, renseignements donnés ; c'est un feuillet, un chapitre violemment arraché, c'est une lacune impossible à combler. »

*
* *

Le cas de Félida, sur lequel nous avons si longuement insisté, parce qu'il équivaut en somme à une description de l'état second, eut un grand retentissement. En 1877, M. Azam (1) rapportait une deuxième observation de même ordre, relative cette fois à un hystérique mâle, âgé de douze ans et demi. Chez ce dernier, la mémoire subissait des altérations très profondes que nous étudierons bientôt.

Puis les faits se multiplient. Chacun d'eux a son intérêt particulier : tous cependant sont calqués, pour ainsi dire, sur les cas de Bellanger et d'Azam.

D'une façon générale, dans l'état second, les malades ont les yeux ouverts ; parfois ceux-ci sont demi-fermés

(1) Azam, *Le dédoublement de la personnalité et l'amnésie périodique. Rev. scientifique*, n° 25, 22 décembre 1877. — *Hypnotisme et double conscience, op. cit.*, p. 98.

ou paraissent fermés, mais cette occlusion s'observe bien plutôt dans les attaques à forme somnambulique que dans les états seconds, à proprement parler, dans le vigilambulisme, qui est un état de mal, par comparaison avec l'attaque. Dans la très grande majorité des cas, pendant l'état second, l'anesthésie devient générale, alors, par exemple, que le sujet était hémianesthésique à l'état prime; le rétrécissement du champ visuel s'accentue encore; l'abasie, la paraplégie, etc., disparaissent pour revenir pendant une période d'état prime, phénoménologie qui, nous le savons, appartient au paroxysme hystérique en général et à l'attaque à forme somnambulique ou délirante en particulier.

De même, la majorité des auteurs note, au point de vue mental, ce que nous savons encore : que, pendant l'état second, l'activité intellectuelle s'exalte par certains côtés, comparativement à l'état prime; en tout cas, qu'il existe des différences très tranchées entre l'état mental dans les deux états.

*
* *

Signalons quelques-uns de ces faits, en insistant, chemin faisant, sur certaines de leurs particularités.

Un des plus importants est celui d'un homme hystérique, le nommé Louis V..., dont l'observation a été publiée une première fois par M. Camuset, reprise par MM. Jules Voisin et Besançon, suivie par MM. Mabille et Ramadier, et qui, analysée avec une profusion de détails, forme le fond de l'opuscule de MM. Bourru et Burot (1).

Louis V..., paraplégique à l'état prime, recouvrait l'usage de ses membres inférieurs dans l'état second. Comme

(1) Camuset, *Un cas de dédoublement de la personnalité. Période amnésique d'une année chez un jeune hystérique. Ann. méd. psych.*, janvier 1882. — J. Voisin et Besançon, *Note sur un cas de grande hystérie chez l'homme avec dédoublement de la personnalité. Arch. de Neur.*, n° 29, 1885, p. 212. — J. Voisin, *Ann. méd. psych.*, janvier 1887. — Mabille et Ramadier, *Soc. de psych. physiol.*, mai 1887, et *Rev. de l'hypn.*, août 1887. — Bourru et Burot, *Variations de la personnalité*, 1888.

chez la malade de Bellanger, l'hypnotisme, en déterminant une crise somnambulique, était susceptible de faire varier la personnalité du sujet, c'est-à-dire d'effectuer le passage d'un état dans l'autre.

Le malade de F. Vizioli (1), âgé de vingt ans, ne présentait rien autre chose que les manifestations du paroxysme ordinaire avec prédominance de phénomènes cataleptiques et somnambuliques. C'est un cas de transition entre l'attaque délirante et l'état de mal qui n'en est qu'un prolongement.

De même, le fait de M. Ladame (2) cadre bien plus avec les attaques à forme somnambulique qu'avec le vigilambulisme à proprement parler. Sa malade entre dans l'état second par une attaque de sommeil qui rappelle l'état de torpeur de Félida. Alors, son état mental est bien différent de ce qu'il est pendant la veille ; mais sa mémoire, par rapport à l'état prime, est parfois infidèle, ce qui n'existait pas chez la malade d'Azam. « Pendant l'état second, Mlle X... change complètement de caractère. Douce, aimable et un peu molle à l'état normal, elle devient impatiente, méchante, impétueuse, mais active et travailleuse... Sa mémoire est entière pour tout ce qui lui est arrivé auparavant, dans les états seconds antérieurs comme dans l'état normal. Mais il lui arrive souvent, dans l'état second, de ne pas reconnaître les personnes de sa connaissance dans l'état prime. » Phénomène très particulier et fort rare, dans aucun des états A ou B il n'existait de troubles de la sensibilité cutanée.

Il n'en était pas de même dans un cas de Dufay (3).

(1) F. Vizioli, *Del morbo ipnotico, ipnotismo spontaneo, e delle suggestionni. Giorn. di neuropathologia*, 1885.

(2) Ladame, *Observ. de somnamb. hystérique avec dédoublement de la personnalité guéri par la suggestion hypnotique. Soc. médico-psychol.*, 30 janvier 1888, et *Rev. de l'hypn.*, 1er mars 1888, p. 257.

(3) Dufay, *La notion de la personnalité. Rev. scientifique*, 1876, t. II, p. 69. Ce fait paraît indépendant de celui publié par le même auteur en 1885, dont nous avons déjà parlé à propos des attaques à forme somnambulique. (Voir p. 316.)

Suivant la règle, dans l'état second il y avait anesthésie totale du tégument cutané. Toutefois, la sensibilité persistait au niveau de deux zones incontestablement hystéro-frénatrices, puisque leur pression suffisait à faire passer la malade à l'état prime (1). Le réveil s'annonçait invariablement par trois bâillements convulsifs. Pendant la condition seconde, les paupières étaient presque complètement fermées d'une façon spasmodique. Notons encore la particularité suivante à propos du langage pendant l'état somnambulique. Dans cet état, « elle cause en travaillant, et une personne qui n'a pas été témoin du commencement de l'accès pourrait ne s'apercevoir de rien, si Mlle R. L... ne changeait de façon de parler dès qu'elle est en somnambulisme. Alors, en effet, elle parle *nègre,* remplaçant *je* par *moi,* comme les enfants, et usant de la troisième personne du verbe à la place de la première : « *Quand moi est bête* » signifie : « Quand je ne suis pas en somnambulisme », car elle compare son état prime ou normal à l'état d'une bête, étant donné que, pendant cet état, elle a de grandes lacunes de la mémoire, ayant perdu tout souvenir des périodes de somnambulisme. Elle est donc forcément gauche, empruntée, pendant cet état normal où il lui manque des morceaux tout entiers de sa vie. »

Chez une malade de Bonamaison (2), les facultés intellectuelles paraissaient également plus affinées dans l'état second que pendant l'état normal. Elle entrait dans la condition seconde par des phénomènes convulsifs, et il est permis de penser qu'elle en sortait par le même procédé.

Même remarque à faire au point de vue de l'exaltation

(1) L'exaltation de la sensibilité pendant le paroxysme ou l'état de mal, soit généralisée, soit localisée au niveau d'une zone hyperesthésique ou hystérogène, est un phénomène entièrement de même ordre que la perte de la sensibilité : l'hyperesthésie, en un mot, comme nous l'avons dit bien souvent, équivaut à l'anesthésie. (G. T.)

(2) Bonamaison, *Un cas remarquable d'hypnose spontanée ; grande hystérie et grand hypnotisme. Rev. de l'hypnotisme,* 1er février 1890, p. 234.

des facultés psychiques dans un cas sommairement analysé par Bianchi (1).

M. Verriest (2) a publié une observation dans laquelle les deux états sont beaucoup plus tranchés, beaucoup plus indépendants l'un de l'autre que dans les cas précédents.

En effet, dans aucun d'eux, la malade ne se souvient de ce qui s'est passé dans l'autre. De plus, chacun est marqué par des manifestations morbides différentes : mutisme dans l'état I, impossibilité d'avaler les liquides dans l'état II. Nous allons retrouver ce fait de l'indépendance presque absolue des deux états, mais nous ne voulons pas quitter l'étude de l'état second sans analyser deux observations de tout premier ordre publiées par M. Georges Guinon.

On remarquera qu'au point de vue de l'indépendance entre les deux conditions prime et seconde, nous avons procédé par gradation. Dans l'exposé des faits qui vont suivre, on verra les deux personnalités, les deux vies, normale et somnambulique, l'état prime et l'état second, se séparer de plus en plus l'un de l'autre (3).

*
* *

Le premier cas de M. G. Guinon (4) a trait à une jeune fille de seize ans, Marguerite D..., entrée à la Salpêtrière au mois de novembre 1889 et sortie en avril 1891 ; elle a donc été observée pendant près d'une année et demie consécutive. En octobre 1889, à la suite d'une violente frayeur

(1) Bianchi, *La responsabilita nell' isterismo.* Congrès des psych. ital. à Novare, septembre 1889. *Rev. speriment. di frenia. e med. leg.*, 1890, t. XVI, fasc. III, p. 146.

(2) Verriest, Congrès de phréniatrie et de neuropath., Anvers, 1885, *in* Bourru et Burot, *Variations de la personnalité*, Paris, 1888, p. 186 et suiv.

(3) Voy. aussi : Osgood Mason, *Duplex personality. The Journ. of nerv. and mental diseases*, septembre 1893 (analogies avec le cas de Félida). — Caramanna et Girolammo, *L'equivalente isterico allo stato secondo quotidiano. Gazetta sicula di sc. med. e psic.* Anno XIV, *in Rev. Neurol.*, 1893, p. 422.

(4) Charcot, *Clinique des mal. du syst. nerveux*, publiée par G. Guinon, t. II, 1893, p. 124 et suiv.

(on voulut la faire se confesser de force et recevoir les derniers sacrements au cours d'une maladie aiguë), elle avait été prise d'attaques hystériques caractérisées, dans lesquelles la phase somnambulique avait fini peu à peu par prédominer.

A son entrée, l'état second était pour ainsi dire le seul qu'on pût observer. « Quant à l'état prime (A), dit M. Guinon, il n'apparaît point spontanément aux yeux de l'observateur. En effet, il n'existe habituellement que pendant la nuit, commençant peu après le coucher de la malade et cessant le matin au moment du réveil pour faire place au retour spontané de l'état B. Il dure donc seulement pendant la nuit, de sorte que la malade dort sa vie normale. Mais, après quelques investigations, on s'aperçut que cet état de veille pouvait revenir accidentellement de temps en temps, soit spontanément après une attaque, par exemple, soit provoqué par certaines manœuvres hypnotiques. En tout cas les périodes accidentelles d'état A, tant spontanées que provoquées, sont fort courtes. Elles atteignent rarement un quart d'heure. Une seule fois on a vu une une période spontanée consécutive à une attaque dans la journée, durer environ une heure. En moyenne, elles sont à peu près de dix minutes. »

Physiquement, il existe une grande différence entre les deux états. Dans l'état A, M. D... est astasique-abasique ; dans l'état B, elle a retrouvé l'usage de ses membres inférieurs ; par contre, son hémianesthésie gauche s'est tranformée en l'anesthésie totale habituelle de l'état second : de plus, elle présente spontanément « un certain nombre de manifestations que l'on est habitué à rencontrer dans le grand hypnotisme, telles que : hyperexcitabilité neuro-musculaire, phénomènes cataleptiques, contracture somnambulique, suggestibilité. »

Mentalement, elle est fort comparable à la malade de Verriest, en ce sens, dit M. G. Guinon, « que si l'on s'adresse à la mémoire on s'aperçoit tout de suite qu'il existe là un trouble considérable qui fait véritablement de la personne

actuelle, vigilambulique, une personne toute nouvelle. Cette deuxième personne n'a en effet aucune notion de la vie antérieure, autrement dit de la personne première. La malade connaît le nom de son père, son adresse, mais elle a totalement oublié les moindres détails comme les événements les plus importants de son existence, pendant les années qui se sont écoulées depuis sa naissance jusqu'à une période assez nettement définie... qui paraît correspondre assez exactement au moment où elle a ressenti la violente émotion de la confession forcée pendant sa maladie. » (Octobre 1889.)

On voit qu'à l'époque de son entrée à la Salpêtrière (novembre 1889), la mémoire de Marguerite D... devait être peu meublée, puisqu'elle ne comprenait que les acquisitions qu'elle avait pu faire d'octobre à novembre 1889, et encore son esprit est-il peu impressionné par les faits de la vie journalière. « De là cette sorte d'indifférence rieuse avec laquelle elle traverse l'existence, ne s'intéressant guère qu'aux événements de chaque jour, et les prenant presque toujours gaiement. »

Pendant l'état A, dont les périodes, nous l'avons dit, sont toujours très courtes et difficilement observables, car elles se montrent surtout la nuit, elle a conscience de sa vie antérieure, sauf pour ce qui se rapporte, bien entendu, aux périodes d'état second.

Le passage d'un état dans l'autre se fait toujours par l'intermédiaire d'une attaque convulsive hystérique tantôt de violence modérée, tantôt seulement ébauchée.

M. D... quitta la Salpêtrière en avril 1891 (l'entrée avait eu lieu en novembre 1889) à peu près dans le même état qu'à son arrivée, ayant, pendant cette période, acquis en état second certaines connaissances par suite de la rééducation qu'on avait entreprise. Sept mois plus tard, le 14 octobre 1891, elle écrivait à une amie une lettre établissant «qu'elle était toujours dans l'état B, du moins pendant le jour, et que l'état A se montrait de plus en plus rarement. Elle fait tous les jours en état second des acquisi-

tions de plus en plus considérables qui la mettent peu à peu dans la situation d'une personne ordinaire ».

La seconde malade de M. G. Guinon, Marie H..., est entrée à la Salpêtrière en 1880 et s'y trouve encore aujourd'hui (1894). Déjà en 1885, époque à laquelle nos connaissances sur l'état second étaient des moins précises, M. Charcot (1) notait qu'elle se trouvait dans une condition anormale.

« Il est des gens, disait-il, qui, passez-moi le mot, *dorment* alors même qu'ils semblent parfaitement éveillés ; ils procèdent en tout cas dans la vie commune ainsi que dans un songe, plaçant sur le même plan la réalité objective et le rêve qu'on leur impose, ou tout au moins entre les deux ils ne font guère de différence. » Il insistait alors sur ce fait que physiquement et mentalement la malade se trouvait dans une condition analogue à celle de la période somnambulique du grand hypnotisme avec hyperexcitabilité neuro-musculaire, contracture léthargique et somnambulique, anesthésie totale, suggestibilité, etc. En 1885, Marie H... était donc déjà en état second.

En mars 1890, M. G. Guinon s'aperçut qu'après une attaque convulsive du type classique l'état habituel de Marie H... s'était complètement modifié. L'anesthésie totale avait fait place à une hémianesthésie gauche, son double rétrécissement du champ visuel s'était élargi. Son état mental n'était également plus le même. « Au sortir de son attaque « elle se trouve drôle », arrache vivement un tablier rouge qu'elle portait tous les jours et qu'elle dit ne pas lui appartenir. Sur ma demande, elle dit ne point connaître telle et telle de ses compagnes récemment arrivées à l'hospice et en particulier une petit fille atteinte de chorée paralytique que l'on avait confiée à ses soins. » Mais bientôt survient une nouvelle attaque à la faveur de laquelle « la malade redevient telle que nous la connaissions antérieurement ».

(1) Charcot, *Leçons sur les mal. du syst. nerveux*, t. III, p. 357.

En réalité, ajoute M. G. Guinon (*op. cit.*, p. 240), « c'est l'état (B) dans lequel, depuis 1884-1885, la malade vit habituellement jour et nuit. Il n'est guère interrompu que de temps en temps par de très courtes apparitions soit spontanées, soit provoquées, de l'état A. Il est tenace au point que la maladie même ne peut le faire disparaître. C'est ainsi qu'au mois de mars 1891, Marie H... fut atteinte d'une pneumonie double assez grave avec élévation considérable de la température, sans que son état fût le moins du monde modifié. »

Comme chez le sujet précédent, les deux personnalités sont entièrement distinctes, ce qui fait dire à M. G. Guinon (p. 251) :

« Comme on le voit par la lecture de ces observations, nos deux malades appartiennent à la catégorie dans laquelle il y a dédoublement le plus complet en deux personnalités distinctes absolument ignorantes l'une de l'autre. Il ne paraît pas en être ainsi dans la majorité des cas, tout au moins en nous bornant à ceux que nous avons rapportés et qui sont les seuls parvenus à notre connaissance dans la littérature médicale. Dans l'autre catégorie, la personnalité seconde conserve le souvenir de la personne première, tandis que celle-ci n'a pas la moindre notion de celle-là. »

*
* *

Mais la séparation des personnalités peut être encore plus complète. En effet, dans les états seconds que nous venons d'étudier, aussi bien ceux de la deuxième que de la première catégorie, les vigilambules gardent l'aspect de personnes ordinaires, c'est-à-dire que rien dans leur allure extérieure ne peut faire soupçonner, au moins à première vue, qu'ils ne sont pas à l'état de veille ou normal. Il n'en est plus de même dans les cas que nous allons maintenant envisager. Ceux-ci, cependant, ne sont pas d'une essence différente des précédents; ils constituent simplement un degré encore plus profond de la même détermination mor-

bide. Chez ces malades il existe, pendant l'état B, une personnalité tellement différente de celle de l'état A, ou normal, que non seulement le souvenir de la vie antérieure (A) est éteint, mais encore que les actes de la vie de relation se trouvent modifiés d'une façon si considérable par la perte du souvenir, que le sujet semble un pauvre être à cerveau vide complètement revenu à l'état d'enfance, pour ainsi dire.

Donnons des exemples qui vaudront mieux qu'une description. Un des premiers cas de cet ordre est celui de la « dame américaine » de Mac Nish (1), bien que cette observation appartienne à Mitchell et Nott.

Une jeune femme instruite fut prise tout à coup d'un sommeil profond qui se prolongea plusieurs heures. A son réveil, elle avait oublié tout ce qu'elle savait, et il fallut tout lui enseigner à nouveau. Elle dut réapprendre à lire, à écrire, à compter, ce qu'elle fit avec une assez grande rapidité. Les personnes, les objets de son entourage lui étaient devenus totalement étrangers, mais peu à peu elle arriva à se familiariser avec eux. Elle était dans cet état depuis plusieurs mois, lorsqu'un beau jour elle fut reprise d'un sommeil analogue à celui qui en avait marqué le début. Cette deuxième crise de sommeil fut suivie du retour à l'état normal; mais elle n'avait conservé aucun souvenir de ce qui s'était passé dans l'intervalle. « En un mot, dans l'*état ancien*, elle ignorait l'*état nouveau*. C'est ainsi qu'elle nommait ses deux vies. »

Les mêmes phénomènes se reproduisirent ainsi pendant quatre ans à peu près périodiquement. « Dans un état ou dans l'autre, elle n'a pas plus de souvenance de son double caractère que deux personnes n'en ont de leurs natures respectives; par exemple, dans les périodes d'*état ancien*, elle possède toutes les connaissances qu'elle a acquises dans son enfance et sa jeunesse; dans son *état nouveau*, elle ne sait que ce qu'elle a appris depuis son premier sommeil.

(1) Mac Nish, *Philosophy of sleep*, 1831, d'après Mitchell et Nott. *Med. Repository*, janvier 1816.

Si une personne lui est présentée dans un de ces états, elle est obligée de l'étudier et de la connaître dans les deux pour en avoir la notion complète... Dans son *état ancien*, elle a une très belle écriture, celle qu'elle a toujours eue, tandis que dans son *état nouveau* son écriture est mauvaise, gauche, comme enfantine; c'est qu'elle n'a eu ni le temps ni les moyens de la perfectionner. »

Évidemment il s'agissait bien chez cette malade de phénomènes hystériques se rapportant à ceux que nous étudions. Ce sommeil prolongé qui marque le retour et la fin de l'*état nouveau* et de l'*état ancien* n'est autre chose que l'attaque de sommeil hystérique de Félida et de bien d'autres malades du même ordre.

Au seizième siècle, l'histoire de la possession de Jeanne Féry (1) prête à des considérations analogues.

Jeanne Féry, qu'on estimait possédée du diable, avait été soumise aux pratiques de l'exorcisme, et le malin esprit venait d'abandonner son corps en « causant un horrible tremblement par tous ses membres », c'est-à-dire à la faveur d'une attaque d'hystérie, lorsque après « ceste victoire tant divinement obtenüe... la religieuse fut remise en vraye simplesse d'enfance et rendue ignorante de la congnoissance tant de Dieu que des créatures, ne pouvant prononcer autres parolles que : Père Jean et belle Marie... ».

Dans cet état elle se rendit à la chapelle pour y entendre la messe, et sitôt qu'elle y fut entrée elle « s'admiroit grandement (à la guise des enfants) de veoir tant de beaux tableaux et images... Tout au long de la messe, l'oyant assise, demeura coye comme un petit enfant qui n'a aucune congnoissance. »

La messe finie, comme elle ne savait plus parler, elle demanda par signes qu'on lui donnât le tableau qui représentait sainte Marie-Magdelaine, « lequel estant apporté, donna grand signe de liesse. Et commença (comme les

(1) *La possession de Jeanne Féry, religieuse professe du couvent des sœurs noires de la ville de Mons*, 1584, p. 25 et *passim*. Collect. Bourneville, 1886.

enfants jouent avec leurs poupées) à l'habiller et vestir de petits drappeaux, le joignant à son sein, comme si elle eust voulu lui donner le tettin ».

Pour la rendre à elle-même, les prêtres exorcistes et les sœurs ses compagnes imaginent de la plonger dans un bain d'eau bénite en lui maintenant la tête sous l'eau « si longtemps que naturellement elle y pouvoit estre ». Ce procédé, un peu particulier on l'avouera, n'a aucun succès, et la malheureuse hystérique sort de son bain « avec tel entendement et maintien qu'une enfant de quatre ans du tout ignorante et idiote ». Il fallut alors tout lui apprendre à nouveau, et le seigneur archevêque « lui fict pour la première instruction apprendre à se signer du signe de la croix et dire : *In nomine Patris et Filii et Spiritus Sancti. Amen*. Et luy convint employer trois jours pour l'apprendre parfaictement... Et ainsi petit à petit tous les premiers rudiments de la piété chrestienne furent enseignez. Voire mesme fut besoing recommencer dès son A B C pour la r'apprendre à lire. Et prononçoit, du commencement, le tout avec langue espesse et fort difficilement, à la guise d'un enfant... Et fut l'espace de neuf jours sans pouvoir manger chair ny autre viande solide, se nourrissant seulement à la façon des enfants, de lait bouilly ».

Cet état disparut subitement, et elle se retrouva en condition prime ou normale à la suite de la bénédiction par l'archevêque de sa tête, de sa langue et de toutes les parties de son corps.

A la vérité, ce cas peut être aussi bien considéré comme une attaque de délire prolongée que comme un état second véritable ; nous l'avons placé là pour montrer les liens insensibles qui unissent tous ces états les uns aux autres.

M. Azam (1) a publié un fait (déjà cité, p. 328) qui se rapproche des précédents. Il le compare, du reste, avec raison, à celui de la « dame américaine » de Mac Nish.

(1) Azam, *Hypnotisme et double conscience, op. cit.*, p. 98.

Il s'agissait, au moment de l'observation, d'un jeune garçon de douze ans et demi qui, dès l'âge de cinq ans, avait été pris de quintes de toux nerveuse. A dix ans, à la suite d'accidents hystériques d'ordre paroxystique accompagnés de « paralysies diverses », « la famille est frappée de ce fait qu'Albert a complètement perdu la mémoire du passé; de plus, il ne sait ni lire, ni écrire, ni compter, cause mal; il a complètement oublié tout ce qu'il savait, tout ce qui lui a été enseigné. Il ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent, sauf son père, sa mère et la religieuse qui lui donne des soins. Après quelques jours, les phénomènes convulsifs et paralytiques avaient disparu ; du reste, dans leur intervalle, il montait à cheval, sortait avec ou sans son père, et vivait de la vie ordinaire, mais la mémoire n'est point revenue. Enfin, après vingt jours de cet état bizarre, le voile se déchire et l'enfant est surpris par le retour du souvenir. Il a la notion entière du passé, il sait lire, il peut écrire... Quatre fois en deux ans et six mois, Albert N... a présenté des périodes morbides dont la moindre a duré près d'un mois. Quatre fois il a perdu complètement la mémoire, et ce phénomène d'amnésie a duré tout le temps des périodes... »

Nous ne faisons que mentionner deux faits rapportés par MM. Bourru et Burot (1). Dans le premier, peu important, il s'agit d'une femme de vingt-six ans, « grande hystérique qui a éprouvé à une certaine époque de sa vie des crises convulsives qui ont bouleversé tout son être. A la suite d'une grande attaque, elle a perdu le souvenir de sa vie antérieure ». Outre les stigmates les plus accentués de l'hystérie, elle est hypnotisable et, pendant le somnambulisme hystérique provoqué, et là seulement, elle se souvient de sa vie antérieure.

Dans le second, il est question d'une petite fille de douze ans qui, à la suite d'une série d'attaques hystériques perdit complètement le souvenir des « faits antérieurs et de la

(1) Bourru et Burot, *op. cit.*, p. 140 et suiv.

plupart des notions d'ordre quelconque qu'elle avait apprises. Excepté ses parents... elle ne reconnaît plus personne. Elle a même oublié ses deux jeunes frères que, cependant, elle voit à chaque instant. Elle ne sait plus lire, ni écrire, ni toucher du piano. La mémoire des choses et des objets les plus communs est perdue, et les mots qui les désignent ne réveillent plus aucune idée. » C'est une instruction et une éducation complètement à refaire.

« A proprement parler, dit M. G. Guinon (1), il s'agit plutôt dans ces deux cas — et nous partageons complètement son opinion — d'amnésie absolue que de dédoublement vrai de la personnalité. Si l'on voulait considérer comme vigilambules toutes les personnes qui ont pathologiquement une lacune dans leurs souvenirs, on pourrait aller loin. Où est la limite exacte ? Autrement dit, quel est le rôle strict de la mémoire dans la constitution de la personnalité ? Cela est bien difficile à dire. Il y a là une sorte de zone de transition occupée par des cas mal délimités (2). »

* * *

C'est en effet dans les cas de transition qu'il faut placer le fait suivant, rapporté par M. Charcot (3) et par M. Souques (4). Il appartient bien plus en réalité au groupe des amnésies qu'au dédoublement de la personnalité, bien que ce dernier semble encore facile à mettre en évidence sous l'influence des manœuvres hypnotiques qui révèlent l'existence latente de l'état prime complète-

(1) *Clin. des mal. du syst. nerveux*, t. II, p. 203.

(2) Voy. aussi Wizel, *Przypadek histeri zobrezekiem hysterycznum. Cas d'hystérie compliqué de troubles particuliers de la mémoire. Gaz. lekarska*, 2e série, t. XIII, p. 141, Varsovie, 1893.

(3) Charcot, *Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde probablement d'origine hystérique* (leçon du 22 décembre 1891), *in Clin. des mal. du syst. nerveux*, t. II, p. 266.

(4) Souques, *Essai sur l'amnésie rétro-antérograde dans l'hystérie, les traumatismes cérébraux et l'alcoolisme chronique. Rev. de méd.*, nos 5 et 11, 1892.

ment annihilé par l'état second ou amnésique, lequel domine toute la scène morbide.

Une femme de trente-quatre ans, jusque-là bien portante, mais incontestablement prédisposée à la névrose, reçut subitement, le 28 août 1891, la nouvelle, d'ailleurs fausse, que son mari était mort. Survint alors, malgré le retour de celui-ci, une attaque d'hystérie délirante qui dura deux jours. « Le 30 août, dit M. Souques (p. 395), au sortir du délire, on remarque chez cette femme des troubles de la mémoire. On constate avec étonnement qu'elle a totalement oublié la crise délirante qu'elle vient d'avoir, ainsi que la cause provocatrice de cette crise. On constate en outre (*amnésie rétrograde*) qu'elle a oublié tous les événements écoulés depuis le 15 juillet au matin, c'est-à-dire tous les souvenirs acquis pendant les six semaines immédiatement antérieures à l'attaque, tandis qu'elle se rappelle avec précision tous les faits antérieurs au 15 juillet. On constate enfin, avec une profonde stupéfaction, qu'elle oublie au fur et à mesure tous les faits qui se succèdent et que l'oubli de ces faits actuels est en quelque sorte instantané ; l'impression est perçue par la conscience durant quelques secondes, une minute, puis disparaît et ne peut plus être évoquée : l'oubli est profond et irrémédiable. On constate donc dès l'origine : l'amnésie de la crise, l'amnésie rétrograde et l'amnésie actuelle ou antérograde, d'où le nom d'*amnésie rétro-antérograde* que M. Charcot donnait à cette variété de perte de la mémoire. »

Notre maître faisait remarquer (en 1891) qu'à son avis il s'agissait là d'une manifestation hystérique ayant débuté après une crise, de troubles dynamiques transitoires, et non de phénomènes organiques symptomatiques d'une lésion organique irrémédiablement destructive. Du reste, ajoutait-il, « en réalité, les faits que la malade oublie si vite à l'état de veille, et qu'elle ne peut plus faire apparaître dans sa conscience, elle les a vraiment enregistrés. La preuve en est que spontanément elle a pu les faire con-

naître la nuit, dans son sommeil. Nous l'avons fait observer par ses deux voisines de lit, et nous avons ainsi appris qu'elle rêvait tout haut et que dans ces rêves elle faisait parfois allusion aux événements des jours précédents, évoquant ainsi dans son sommeil des souvenirs qu'elle est incapable de faire revivre à l'état de veille. »

Ce qui corrobore encore mieux la nature hystérique de la manifestation, c'est que M. Charcot ayant réussi à hypnotiser cette femme, constata qu'elle pouvait « retrouver dans le sommeil hypnotique la mémoire de tous les faits écoulés jusqu'au moment présent, et tous ces souvenirs ainsi enregistrés inconsciemment revivent dans l'hypnose, associés, systématisés, ininterrompus, de manière à former une trame continue et comme un second moi, mais un moi latent, inconscient, qui contraste étrangement avec le moi officiel dont vous connaissez l'amnésie profonde. »

M. Charcot soutenait, avons-nous dit, qu'on se trouvait en présence, dans le cas actuel, non pas d'une amnésie destructive, mais d'une amnésie purement dynamique. L'événement devait lui donner raison. Rappelons que le début de l'amnésie avait eu lieu deux jours après un état de mal délirant qui avait commencé le 28 août 1891 ; que l'amnésie rétrograde s'était étendue jusqu'au 15 juillet 1891. Dans une note annexée à la leçon de M. Charcot par M. Georges Guinon (1), celui-ci, après avoir dit que Mme X..... avait été soumise au traitement par la suggestion hypnotique, car nous n'avons pas oublié que pendant l'hypnose l'amnésie rétro-antérograde disparaissait, s'exprime ainsi qu'il suit :

« 1° Les souvenirs du passé sont revenus conscients à peu près tous et avec une précision étonnante. Aujourd'hui (20 octobre 1892), Mme X..... peut raconter tout ce qui s'est passé jusqu'à la fin de septembre. Elle n'a donc plus qu'une lacune d'une quinzaine de jours ;

« 2° La mémoire présente s'est beaucoup élargie : au lieu

(1) *Clinique des maladies du système nerveux*, t. II, p. 288.

de garder les souvenirs une minute ou deux comme elle faisait autrefois, elle les garde vingt-quatre heures;

« 3° Il reste beaucoup de troubles de l'attention, du jugement, de l'intelligence, moins forts cependant qu'autrefois, mais suffisants pour l'empêcher de comprendre ce qu'elle lit ou d'écrire une lettre. Il persiste encore beaucoup de phénomènes d'aboulie.

« Ces résultats favorables, qui peuvent se résumer en ces mots : disparition de l'amnésie rétrograde, amélioration de la mémoire présente, font espérer que la guérison pourra être obtenue dans un délai plus ou moins rapproché, suivant le pronostic qui avait été porté dès le début par M. le professeur Charcot. »

*
* *

Nous avons vu que M. Charcot avait émis l'opinion que l'amnésie rétro-antérograde de sa maladie était *probablement* d'origine hystérique, et que l'évolution de la manifestation, jointe aux phénomènes observés pendant l'état hypnotique, avaient singulièrement corroboré son hypothèse.

M. Souques, qui, en 1892, rapportait au complet cette observation, compulsant la littérature médicale, n'y avait pas trouvé à cette époque de faits analogues nettement attribuables à l'hystérie, alors que nombre de cas d'amnésie en rapport avec les traumatismes cérébraux en particulier, l'alcoolisme, une émotion morale vive, un accès d'épilepsie, une attaque d'éclampsie puerpérale, etc., avaient été publiés par Azam (1), Ribot (2), et bien d'autres auteurs.

Mais ce sont tous là des faits d'amnésie *rétrograde*. Ce-

(1) Azam, *Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux. Arch. gén. de méd.*, 1881, p. 129.

(2) Ribot, *Les maladies de la mémoire*, Paris 1881. — Ferré, *Essai sur l'amnésie traumatique isolée*. Th. Paris, 1881. — John Bell, *On a form of loss of memory. Edimb. med. Journ.*, 1883, p. 681. — Bidon, *Note à propos d'un cas d'amnésie post-éclamptique. Rev. de méd.*, 1881, p. 961. — Rouillard, *Essai sur les amnésies*. Th. Paris, 1885. — *Bull. et mém. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1887, p. 588. — Sollier, *Les trou-*

pendant Motet (1) et Kaempfen (2) Rogers et Eskridge ont publié des cas d'amnésie plus particulièrement *rétro-antérograde* en relation avec un traumatisme cérébral.

Lorsque le traumatisme intervient dans la production de semblables phénomènes, l'amnésie s'établit subitement comme dans le cas de Charcot; la coupure est nette entre la période amnésique et la période de souvenir. Par contre, dans l'alcoolisme, l'oubli s'installe d'une façon lente et progressive à mesure que les autres facultés intellectuelles se dégradent, elles aussi. Le diagnostic, dans ce dernier cas, serait donc relativement facile alors que l'amnésie rétro-antérograde d'origine traumatique et celle qui naît sous l'influence de l'hystérie ont une expression symptomatique singulièrement analogue.

Il faudra tenir grand compte de l'état du malade, rechercher avec soin si l'amnésie n'a pas débuté après un paroxysme, s'il existe des stigmates permanents, si le sujet est hypnotisable, établir en un mot, si possible, qu'il est hystérique, ce qui permettra de rapporter à la névrose des phénomènes dont l'étiologie, on le voit, peut être singulièrement variée.

*
* *

Depuis le mémoire de M. Souques, il a été publié quelques cas d'amnésie rétrograde ou rétro-antérograde que les auteurs ont rapporté à l'hystérie.

Eskridge (3), en plus du fait qui lui est commun avec Rogers et dans lequel il s'agissait d'une fracture du crâne,

bles de la mémoire. Bibl. Charcot-Debove, Paris, 1892. — D'ABUNDO, *Contributo allo studio delle amnesie post-convulsive e post-traumatiche. Revista clin. e terap.*, Naples, 1893. — GIOVANNI, *Amnesia retro-anterograda emotiva. Riforma medica*, 1894. etc.

(1) MOTET, *Note sur l'amnésie temporaire. Union méd.*, 1879, t. I, p. 950.

(2) KAEMPFEN, *Obs. sur un cas de perte de mémoire. Mém. de l'Acad. de méd.*, 1885, t. IV, p. 489.

(3) ESKRIDGE, *Retro-anterograde amnesia with reports of two cases. The Alien. and Neur.*, vol. XIII, juillet 1892, n° 3.

a donné la relation de deux cas d'amnésie rétro-antérograde ; dans l'un d'eux seulement, il est parlé d'une attaque d'*épilepsie* (p. 534) ; peut-être s'agissait-il d'hystérie, mais rien en somme ne vient à l'appui de cette opinion.

Le malade de Baccelli (1), étant ivre, tomba dans une mare, ce qui l'effraya fort. C'est sous l'influence de ces deux facteurs, alcoolisme et traumatisme, qu'il survint de l'amnésie antérograde, qui s'accompagna de phénomènes hystériques : astasie-abasie avec stigmates. On le voit, ce cas est fort complexe, et les rapports de l'amnésie et de l'hystérie, laquelle semble être plutôt effet que cause, sont très difficiles à préciser.

Baroncini (2) a rapporté l'histoire clinique d'un soldat de vingt-deux ans qui, à la suite d'un délire hallucinatoire de trois jours de durée, présenta une amnésie rétrograde portant sur une période de trois mois avant son délire. Ces faits se passaient en 1891. En 1892, cette lacune de la mémoire n'était pas encore comblée. Rien ne prouve qu'il s'agissait d'hystérie dans la circonstance, car l'auteur n'établit pas de diagnostic différentiel et ne s'est pas livré à la recherche des stigmates.

Les cas de Letta (3), de Sciamanna (4) et de Toulouse (5), sont indépendants de l'hystérie. Quant au fait d'Ascoli et Tranquilli (6) : chute de cheval dans un marais, accès de fièvre intermittente, faiblesse des jambes, amnésie antérograde, on ne peut y démêler, au point de vue de la perte

(1) Baccelli, *Un caso di isteria con amnesia anterograda. Soc. lancisiana degli ospedali,* Rome, 1893, an. *in Rev. Neurol.,* n° 15, 15 avril 1893, p. 421.

(2) Baroncini, *Un caso di amnesia retro-attiva. Rev. speriment. di freniatica,* vol. XVIII, fasc. 3 et 4, 1892.

(3) Letta, *Amnesia retrograda progressiva, anterograda continua.* Congr. méd. intern. de Rome, 1894, *in Rev. Neurol.,* 15 mars 1894.

(4) Sciamanna, *Amnesia retrograda progressiva, anterograda continua, Rev. sper. di fren.,* vol. XX, fasc. 2, p. 177, 1894.

(5) E. Toulouse, *Amnésie retro-antérograde à type continu et progressif par choc moral. Arch. de Neurol.,* sept. 1894, n° 91, p. 167.

(6) Ascoli et Tranquilli, *Uno caso d'isteria maschile con amnesia retro-anterograda. Riforma med.,* Naples, 1893, t. IX, p. 1, 435.

du souvenir, ce qui appartient à l'hystérie, qui reste, d'ailleurs, fort problématique.

Récemment, MM. Séglas et Bonnus (1) ont rapporté un cas fort intéressant qui se rapproche beaucoup de celui étudié par MM. Charcot et Souques. Il s'agit d'une malade âgée de dix-neuf ans, hystérique, anesthésique totale, présentant un certain degré de confusion mentale dont le principal symptôme est l'amnésie, sous la forme rétro-antérograde et continue. L'occlusion simultanée des yeux et des oreilles (expérience de Strümpell) détermine un état de sommeil particulier précédé de contractures, de secousses cloniques, de modifications respiratoires, de frémissements des paupières, d'un retour de la sensibilité et de la mémoire pour tous les faits en apparence oubliés, en un mot d'une activité intellectuelle presque normale. L'occlusion des yeux seuls ou des oreilles seules détermine les mêmes phénomènes, à condition d'être prolongée un certain temps. L'ouverture des paupières, maintenue de façon prolongée, amène le réveil que la parole est insuffisante à provoquer, à moins de formuler une injonction formelle à cet égard. Sortie de cet état provoqué, la malade est redevenue amnésique.

Les auteurs en concluent entre autres choses, et M. Ballet (2) avait émis déjà une opinion à peu près semblable, « que l'état particulier qui succède à l'expérience de Strümpell n'est nullement un sommeil naturel, mais bien un état somnambulique ».

Quoi qu'il en soit, on voit donc que les faits analogues à celui publié par MM. Charcot et Souques ne sont pas fréquents, puis que c'est à peine si l'on en trouve deux ou

(1) Séglas et Bonnus, *Confusion mentale, amnésie continue et anesthésie généralisée chez une hystérique; résultats de l'expérience de Strümpell. Congrès franç. des méd. alién. et neurol.*, 5e session tenue à Clermont-Ferrand, séance du 10 avril 1894. *Arch. de Neurol.*, nov. 1894, vol. XXVIII, n° 93, p. 363.

(2) Ballet, *Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individus affectés d'anesthésie hystérique généralisée. Progrès méd.*, n° 26, 25 juin 1892, p. 497.

trois (1) qui puissent être comparés à leur intéressante observation.

*
* *

Nous venons de voir que l'hystérie donnait naissance à certaines formes d'amnésie fort comparables à celles qui se montrent parfois sous l'influence d'autres états pathologiques, tels que celui qui est créé par les traumatismes cérébraux en particulier. Il ne faudra donc pas s'étonner outre mesure si les faits que nous allons maintenant décrire présentent également de nombreux points de comparaison avec certaines manifestations tirant leur origine de l'épilepsie ou de diverses formes de l'aliénation mentale.

C'est que le système nerveux central n'a à sa disposition, pour manifester sa souffrance, qu'un certain nombre d'expressions symptomatiques qui pourront sortir leurs effets sous l'influence d'excitations dont l'essence même est différente. Il est juste d'ajouter qu'une étude approfondie permet de reconnaître entre ces manifestations d'apparence identique des différences réelles. C'est vers ce but que tendront nos efforts dans la description que nous allons donner de l'*automatisme hystérique ambulatoire,* comparé à certains autres automatismes, celui d'origine comitiale en particulier.

Les faits qui vont être exposés peuvent être rattachés aux états seconds et aux phénomènes de dédoublement de la personnalité, dont ils tirent en somme leur origine. Ils présentent de plus cette particularité fondamentale, absente dans le vigilambulisme considéré dans son expression symptomatique générale, que le sujet y est soumis à une impulsion morbide à la déambulation. C'est au « *déterminisme ambulatoire* », comme l'a dit M. Duponchel (2), qu'ils doivent leur caractéristique.

(1) Nous n'avons pu prendre connaissance du fait de Kreiger. *Retro-anterograde amnesia probably of hysterical origin. Cincinnati Lancet Clinic,* 1893, n. s. t. XXXII, p. 517 ; Discussion, p. 522.

(2) Duponchel, *Étude clinique et médico-légale des impulsions mor-*

Ces périodes d'impulsion morbide déambulatoire forment à leur tour, quand elles se répètent, les phases d'une seconde vie dont le malade perd le souvenir pendant l'état normal. En plongeant le sujet dans le sommeil hypnotique, ce qui paraît possible dans la majorité des cas, on peut déterminer la reviviscence du souvenir absolument comme dans les états seconds que nous avons étudiés; c'est donc d'un *somnambulisme ambulatoire* qu'il s'agit à proprement parler. Ici encore, l'exposé des principaux faits rapportés par les auteurs nous servira de description.

En 1887, M. Ph. Tissié (1) publiait, dans sa thèse inaugurale faite sous l'inspiration de M. Pitres (2), l'observation d'un homme, âgé alors de vingt-neuf ans, Albert D..., que l'on peut résumer ainsi qu'il suit :

A. D... est un hystérique confirmé, hémianesthésique droit avec rétrécissement double du champ visuel; il est facilement hypnotisable. Né d'un père hypocondriaque, toujours fortement ému dès son enfance par les récits de voyage, à l'âge de douze ans il s'enfuit de l'usine à gaz de Bordeaux où il était employé. On le retrouve sur la route d'Arcachon. Ramené chez ses parents, on constate qu'il est hébété et semble sortir d'un rêve; à partir de cette époque, les fugues se multiplient. On lui confie cent francs pour aller faire un payement, il part... et, le lendemain, se retrouve en chemin de fer, avec un billet pour Paris où on l'arrête comme voleur et vagabond. Il revient encore à Bordeaux; mais toujours tourmenté par ses fugues inconscientes, il s'en va ainsi pérégrinant à travers toute la France, l'Algérie, l'Allemagne, la Russie, l'Autriche, travaillant où il se trouve, ou mieux où il se réveille, puis retournant encore à Bordeaux, son port d'attache. Nous

bides à la déambulation observées chez des militaires. Ann. d'hyg. et de méd. lég., juillet 1888.

(1) Ph. Tissié, *Les aliénés voyageurs*. Th. Bordeaux, 1887, obs. IX, p. 56.

(2) Pitres, *De l'automatisme ambulatoire somnambulique*, 56e leçon *in Leç. clin. sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. II, p. 268.

avons eu ainsi l'occasion de l'observer à la Salpêtrière. Au cours de ces fugues, il lui arrive, on le comprend, les aventures les plus singulières; à maintes reprises, on le prend pour un malfaiteur; il est expulsé de Russie comme nihiliste; c'est la vie la plus singulière qu'il soit possible d'imaginer.

Voilà *grosso modo* son existence; ce qu'il nous faut connaître, c'est le pourquoi, le comment de ce déterminisme qui le pousse, malgré lui, à marcher, à parcourir le monde, livré à des impulsions dans l'intervalle desquelles son état mental, bien que mal équilibré, est en somme celui d'un individu sain.

« D..., en effet, dit M. Pitres (*op. cit.*, p. 274), n'est pas un excentrique ou un original courant le monde pour le simple plaisir de voir du pays; car, dans son état normal, il se lamente, avec un accent de profonde tristesse, sur les chagrins que ses déplacements répétés ont causé à sa famille et sur les dommages de toutes sortes qu'ils lui ont occasionnés.

« D... n'est pas un aliéné vulgaire, car, en dehors des moments où il accomplit ses fugues, il n'a jamais eu aucune idée délirante et a toujours joui de la plénitude de ses facultés intellectuelles et affectives. C'est assurément un malade, mais un malade d'une espèce particulière... »

Pour bien se rendre compte de la nature de sa maladie, il importe de considérer comment naissent ses crises de déambulation.

Avant d'entreprendre un voyage, D... éprouve ordinairement, pendant plusieurs jours, des malaises prémonitoires. Son caractère devient sombre et taciturne, sa figure prend un aspect d'hébétude qui contraste avec l'apparence douce et souriante qu'elle a à l'état normal. En même temps, il souffre de maux de tête violents; son sommeil est agité; il a des sueurs profuses, des bourdonnements d'oreilles et un frémissement nerveux très pénible. Ces symptômes, qui se présentent toujours avec les mêmes caractères, sont accompagnés de troubles psychiques variables. Tantôt

il éprouve un désir impérieux de marcher, un besoin de mouvement, d'activité, de dépenses de forces, auquel il peut résister, mais dont la satisfaction produit une véritable détente. Le plus souvent, au besoin de marcher s'ajoute une obsession psychique. Il songe à une ville ou à un pays dont il a entendu parler les jours précédents. L'idée d'y aller s'impose à son esprit et finit par le captiver. Il prend les fonds dont il peut disposer, boit deux ou trois verres d'eau pure et part à pied ou en chemin de fer. Une fois parti, il va droit à son but sans se soucier des obstacles. S'il pleut, il ne sent pas qu'il se mouille; s'il n'a pas de quoi manger, il mendie du pain aux personnes qu'il rencontre. Indifférent à la fatigue et à la misère, il ne songe qu'à arriver le plus tôt possible au terme de son voyage. L'obsession dure quelquefois plusieurs jours avant que D... mette ses projets à exécution. Si elle est satisfaite, le calme revient rapidement.

Enfin, dans certains cas, le départ succède à un rêve ou à une hallucination. C'est ainsi qu'une fois D... est allé à Bazas, parce qu'il avait vu en songe une personne qui lui avait promis de lui procurer du travail dans cette ville. Une autre fois il est allé à Liège, en Belgique, parti de Bordeaux sous l'influence d'une semblable hallucination.

« Ces prodromes, dit M. Pitres, me paraissent avoir une grande valeur clinique. La plupart des médecins qui ont eu l'occasion de voir notre malade, l'ont considéré comme un épileptique larvé. Je ne partage pas leur avis, et l'une des raisons qui me font soutenir une opinion différente de la leur, c'est que D... n'est pas entraîné par une impulsion subite et inconsciente. Avant d'entreprendre un voyage, son état physique et moral se modifie. Il sait presque toujours à l'avance où il veut aller. Il se procure des ressources pour payer les premiers frais de son déplament... L'épileptique n'a pas tant de prévoyance, il ne raisonne pas avec sa maladie. Il perd tout à coup connaissance et, tant que dure l'accès, il agit inconsciemment comme un automate.

« Il serait très intéressant de connaître exactement l'état psycho-physiologique dans lequel se trouve D... pendant qu'il accomplit ses fugues. Nous n'avons malheureusement sur ce sujet que des renseignements fort incomplets. Nous savons qu'il n'est pas dans son état normal. Il a l'air hébété, le regard stupide. On l'a pris souvent pour un ivrogne ou pour un idiot. Cependant il ne boit jamais de liqueurs alcooliques et, même dans le plus fort de ses accès, il conserve toujours la notion précise du but qu'il veut atteindre. Il est utile de signaler ici une particularité dont l'importance ne vous échappera pas. Au moment où notre malade part pour exécuter ses fugues, il se produit d'ordinaire un changement brusque dans son état de conscience. »

Une nuit, il rêve qu'un de ses anciens patrons l'a chargé d'aller retrouver sa femme qui s'est enfuie avec son comptable, emportant une somme de trois millions. Il ne se fait aucune illusion sur l'irréalité du songe qu'il vient d'avoir, cependant il se lève, agité, sort, va sur le pont de la Garonne, s'accoude sur le parapet, regarde couler l'eau vivement éclairée à cet endroit par les reflets des becs de gaz. « Tout à coup il perd connaissance... Le lendemain, il se retrouve couché dans un parc à moutons, près de Puyoô. Comment y est-il allé? Quel chemin a-t-il suivi? Il l'ignore absolument. A partir du moment où il a perdu connaissance sur le pont, il a tout oublié, du moins à l'état de veille.

« C'est ainsi que se passent les choses dans toutes les fugues accomplies par le malade. Le plus souvent, D... se retrouve sur une route ou dans un wagon de chemin de fer, ne sachant ni où il est ni où il va, ignorant absolument tout ce qu'il a fait depuis qu'il a quitté son domicile.

« Cependant, et c'est là un point capital dans l'histoire de sa maladie, les souvenirs effacés de sa mémoire à l'état de veille, normal, peuvent reparaître dans l'état de sommeil provoqué de telle sorte que D..., hypnotisé et interrogé sur les événements qui se sont passés pendant la

durée de l'accès, en raconte tous les détails avec une remarquable précision ».

Et M. Pitres conclut des faits qu'il vient d'analyser, que les accès de vagabondage de son malade ne sont autre chose que des « accès de somnambulisme spontané », ou mieux, dirions-nous aujourd'hui, de *vigilambulisme hystérique* à forme ambulatoire.

D... est un *hystérique,* parce qu'il est porteur de stigmates sensitivo-sensoriels et aussi parce qu'il est facilement hypnotisable. Ses accès de vagabondage doivent être rapprochés des attaques de vigilambulisme hystérique, « parce qu'ils se présentent avec des prodromes comparables à ceux des attaques de sommeil, parce qu'ils évoluent dans un état de conscience différent de l'état normal, parce qu'enfin le souvenir de certains événements accomplis pendant les fugues est perdu dans l'état de veille et peut être retrouvé dans l'état de sommeil hypnotique provoqué ».

Le malade, dont nous venons d'analyser l'histoire d'après l'exposé si magistral de M. Pitres, ne diffère donc pas, en réalité, des *vigilambules hystériques* que nous avons étudiés. Mais le déterminisme ambulatoire de ses accès le place dans une catégorie particulière fort importante à considérer, ne serait-ce qu'au point de vue médico-légal.

Rappelons, en effet, qu'au cours de ses déambulations, D... a été expatrié de Russie comme nihiliste, après avoir failli être pendu ; qu'il a été envoyé deux fois aux compagnies de discipline comme déserteur ; que, la veille de son mariage, il a été pris d'un de ses accès de déambulation, etc., tous phénomènes sur la nature desquels il importe d'être fixé pour établir la responsabilité des sujets qui sont les victimes inconscientes de cet état morbide.

Disons immédiatement que l'observation si particulière d'Albert D... ne reçut pas, en 1887, dans la thèse de M. Tissié, la même interprétation que lui donna M. Pitres en 1891. Elle n'acquit véritablement toute son importance qu'après la publication de deux Leçons de M. Char-

cot (1), dans lesquelles notre maître rapportait l'histoire d'un sujet atteint de ce qu'il appelait l'*automatisme comitial ambulatoire*.

Résumons l'observation de ce malade en faisant ressortir les caractères qui la différencient du cas de MM. Pitres et Tissié.

Un homme marié, père de deux enfants en bonne santé, « fort rangé, de mœurs douces, étranger aux accès alcooliques ou autres », demeure tout à fait bien portant jusqu'à l'âge de trente-cinq ans. Il exerce la profession de livreur de marchandises à domicile pour un fabricant de bronzes d'art, qui l'emploie depuis dix-neuf ans à sa plus grande satisfaction. Le 15 mai 1887, il part pour faire un recouvrement dans l'intérieur de Paris. Il se rappelle avoir pris l'omnibus, avoir vu l'enseigne de la maison où il se rendait, et c'est tout. A partir de ce moment, la nuit s'est faite dans son esprit, il n'a pas exécuté la commission dont il était chargé et s'est retrouvé quatorze heures après sur la place de la Concorde, très fatigué, les souliers usés, ayant probablement marché sans trêve et conservant comme un vague souvenir d'être passé au Mont-Valérien et sur le pont de Saint-Cloud.

En juillet de la même année, il s'en va à Passy faire une livraison. Il se souvient qu'en route il a voulu visiter la tour Eiffel; quarante-huit heures plus tard, il se retrouve dans la Seine, où il s'est jeté du haut de l'impériale du train au moment où celui-ci passait sur le pont National.

Au mois d'août, troisième fugue, durant laquelle il est allé à Claye, à sept lieues de Paris. Il se rappelle avoir vu le nom de cette localité sur un poteau kilométrique et avoir payé un déjeuner qu'il n'a pas mangé. L'amnésie est ainsi traversée par quelques lueurs vagues. Au bout de deux jours il se retrouve sur le pont d'Asnières, causant avec un pêcheur à la ligne qui l'avait trouvé « tout drôle ».

C'est à la suite de ce troisième accès que, le 27 août 1887,

(1) Charcot, *Leç. du Mardi*, t. I, 31 janvier 1888, p. 155; t. II, 21 février 1889, 14e leçon.

il se rend à la Salpêtrière consulter M. Charcot, qui prescrit un traitement par les bromures associés à doses progressivement croissantes et décroissantes analogue à celui qu'il ordonne d'habitude aux épileptiques.

Au mois d'octobre, il a un petit accès avorté qui dure à peine trois heures. Puis, pendant quatorze mois, le malade éprouve seulement quelques maux de tête limités à la région temporale gauche.

En septembre 1888, il prend sur lui de suspendre l'usage des bromures. Les effets de cette suppression du traitement ne tardent pas à se faire sentir. Le 18 janvier 1889, X... part en course, mais il ne regagne pas son domicile. Huit jours plus tard, il se réveille pour ainsi dire, sur un pont suspendu, dans une ville qui lui est inconnue, au bruit d'une musique militaire. Il ne se souvient de rien; une nuit complète s'étend sur les huit jours qui viennent de s'écouler.

Une fois réveillé, il redevient lucide, remarque que ses vêtements sont propres, que ses souliers ne sont pas usés ; vraisemblablement il aura voyagé en chemin de fer et, tout en cherchant, il se trouve devant une gare et s'aperçoit qu'il est à Brest. Il se souvient, en lisant le quantième du mois, que huit jours auparavant il a touché 900 francs pour le compte de son patron ; or, il ne lui en reste plus que 700. Voulant retourner à Paris au plus vite, il a, au lieu de prendre directement le train, l'idée bizarre d'aller demander protection à un gendarme qui l'arrête, le met en prison dans une casemate où il reste six jours enfermé. Il peut enfin regagner le domicile de son patron qui, désireux de ne plus s'exposer à de nouvelles pertes d'argent, le congédie définitivement.

M. Charcot, après avoir étudié ce cas singulier, arrivait à cette conclusion, en se basant sur la soudaineté du début, sur l'excellent effet du bromure de potassium dont la suspension déterminait le retour des accès, qu'il s'agissait là d'un fait d'*automatisme comitial ambulatoire*, d'un équivalent ambulatoire de l'accès épileptique. « Car, disait-il,

c'est dans l'épilepsie seule, tant convulsive que vertigineuse ou psychique, qu'on voit le bromure produire des effets aussi accusés... Certes il ne les produit pas dans les attaques délirantes ou convulsives de l'hystérie. »

*
* *

Si nous avons placé à côté de l'automatisme hystérique ambulatoire, que nous avions seul à décrire dans cet ouvrage, un type d'automatisme comitial, c'est qu'en réalité, en clinique, c'est entre ces deux types que le diagnostic se posera.

Dès maintenant il importe de faire ressortir les différences qui les séparent :

Le premier malade est un hystérique avéré qui, dès son enfance, a été en proie à des accidents liés à la névrose dont il porte les stigmates. Chacune de ses fugues est précédée des phénomènes de l'aura d'une attaque, phénomènes surtout d'ordre psychique; après quelques instants d'un sommeil dont nous connaissons la signification, il part pour une pérégrination qu'il exécute en véritable état second à forme somnambulique ou vigilambulique. A son réveil, il a perdu le souvenir des faits qu'il a accomplis dans cet état, mais il est souvent possible de faire revivre ce souvenir en déterminant, à l'aide de l'hypnotisme, une deuxième période d'état second. Le bromure n'a aucune influence sur l'évolution de ces manifestations.

Chez le second malade, la fugue s'exécute brusquement, sans aura; elle débute à la façon d'un accès d'épilepsie franche. A son réveil, il a perdu tout souvenir de ce qui s'est passé; mais les tentatives d'hypnotisation restent infructueuses, ne peuvent réveiller le souvenir en provoquant l'état second, qui n'est autre chose, nous le savons, qu'une attaque d'hystérie prolongée. L'usage des bromures influence singulièrement le retour des accès, il les atténue et les fait disparaître.

En résumé, le plus souvent il sera donné de reconnaître

dans l'accès d'automatisme hystérique tous les éléments d'une attaque à prédominance de phénomènes somnambuliques, variété ambulatoires. La recherche des prodromes, en particulier, sera ici de la plus grande importance, car, quelle que soit la variété du paroxysme, l'aura reste presque toujours fixe, identique à elle-même dans tous les cas.

A ces titres divers, l'observation suivante, publiée récemment par le Dr Antonini (1), nous paraît de la plus haute importance.

Il s'agit d'un paysan de trente-neuf ans, à antécédents héréditaires, qui, dans son enfance, avait eu à plusieurs reprises des hallucinations de la vue. Le 26 avril 1890, en coupant du bois, il se fit une grave blessure à la main gauche ; la douleur fut si forte qu'il perdit immédiatement connaissance. La plaie guérit et tout semblait terminé, lorsque, le soir du 30 avril, il fut pris subitement d'une attaque d'hystérie avec convulsions toniques généralisées. Ces attaques continuèrent à se montrer presque journellement, précédées d'une aura épigastrique et d'une sensation douloureuse dans la cicatrice de la main gauche. Elles réalisaient d'une façon complète le type de la grande attaque aux quatre périodes.

Quatre mois environ après le traumatisme, le malade remarqua qu'étant aux champs, par exemple, si au moment où il ressentait les prodromes de la crise il se mettait à courir, l'accès se trouvait retardé de telle façon qu'il pouvait arriver à la maison et se mettre au lit. Aussi, pour éviter l'attaque, eut-il l'idée de courir ainsi, systématiquement, pendant un certain temps, parvenant, de cette façon, à empêcher l'explosion de l'attaque au moins pendant les premières heures de la nuit. Un jour, surpris par l'aura à plusieurs kilomètres de son domicile, non seulement il avait retardé l'accès, mais encore il l'avait supprimé.

(1) Antonini, *Di una rara forma di impulsione ambulatoria in uno istero-epilettico per traumatismo. Rivista sper. di freni. e di med. leg.*, vol. XX, fasc. II, 1894, 31 juillet, p. 193.

Mais cette course qu'il avait employée au début comme moyen de thérapeutique empirique vint, par la suite, à prendre des proportions inquiétantes. « Il continuait pendant trois, quatre ou cinq heures à errer de nuit par des routes dangereuses, passant à demi conscient à travers le pays, sans direction déterminée, ne prêtant aucune attention à qui voulait lui parler ou l'arrêter; il errait, il sifflait; les chiens couraient après lui, les voyageurs étaient stupéfiés, les gens se mettaient aux fenêtres quand il passait, criant, sifflant, courant toujours de plus en plus fort. »

Doux et timide d'ordinaire, il se débattait violemment pendant son accès lorsqu'on voulait l'arrêter ou s'opposer à sa course effrénée.

On s'inquiéta de son état, d'autant que les attaques qu'il avait ainsi pu éloigner pendant un certain temps revinrent à nouveau, « succédant à sa course » et se montrant avec une telle violence qu'il maigrissait à vue d'œil par suite de la fatigue qu'il éprouvait.

Après un voyage au sanctuaire miraculeux de Caravaggio, où il fut dûment exorcisé, sans profit, du reste, il entra le 10 novembre 1893 au manicome de Bergame, où il se trouva placé sous la direction du Dr Antonini. Au mois de février 1894, les accès avaient disparu.

Nous ne relevons dans la suite de l'observation rien de plus que la confirmation de ce que nous avons dit, à savoir, que chez ce malade les accès d'automatisme étaient précédés de l'aura commune de l'attaque, et parfois se terminaient par des phénomènes convulsifs qui se présentaient aussi indépendamment, toujours précédés de la même aura et revêtant le caractère le plus complet de l'attaque type aux quatre périodes. Il est regrettable qu'il ne soit pas fait mention de l'état de la sensibilité pendant l'accès d'automatisme ambulatoire; mais étant donné les rapports intimes de ce dernier avec le paroxysme convulsif, il est fort probable que l'anesthésie devait être totale. L'état mental est qualifié de demi-conscient, et rien de plus.

*
* *

Il serait en effet fort intéressant pour le diagnostic de préciser encore davantage, en insistant particulièrement sur les caractères psychiques et physiques du sujet pendant la période même de l'automatisme ambulatoire soit hystérique, soit comitial. Mais ces documents précis font défaut, bien que, nous allons le voir, nombre d'observations des deux ordres aient été publiées; mais par le fait même de sa fugue, l'individu se dérobe le plus souvent à l'observateur pour aller épuiser son accès au milieu de personnes indifférentes à de telles recherches.

Pour nous, il n'est pas douteux que chez les hystériques ambulatoires on ne doive retrouver cette anesthésie totale qui semble être une caractéristique presque constante de l'état second, comme d'ailleurs de tous les paroxysmes hystériques aigus ou prolongés. Mais aussi existe-t-il peut-être une semblable anesthésie dans l'automatisme comitial.

Quant à l'allure générale du sujet, à son état mental, tout ce que l'on peut dire, c'est que l'épileptique ambulatoire est certainement beaucoup plus impulsif dans un sens fâcheux que l'hystérique, si l'on en juge par ce que nous connaissons des équivalents psychiques de l'accès comitial, sur lesquels M. Charcot s'exprime en ces termes (*op. cit.*, p. 313) :

« Habituellement l'automatisme comitial est accompagné d'actes violents, désordonnés, agressifs. Je pourrais citer, à ce propos, le cas d'un épileptique qui est venu me consulter, il y a deux ou trois ans de cela ; il me raconta qu'à la suite d'un de ses accès il était entré dans un état de fureur maniaque qui l'avait mené à tout briser chez lui; après quoi, jetant partout l'épouvante, il s'était enfui dans les champs. Là il revint à lui, quelques heures après l'événement, et reprit le chemin de sa maison, ne sachant absolument rien de ce qui s'était passé. A la

vue des meubles bouleversés, brisés, saccagés, il fut d'abord frappé d'étonnement et d'effroi; mais un souvenir d'abord confus, puis peu à peu plus précis, plus arrêté, se produisit en lui, et il se dit tristement à lui-même : « Je comprends maintenant ce qui m'est arrivé : j'ai cru rêver tout cela, mais je vois bien qu'il ne s'agit pas d'un rêve; c'est moi, hélas! qui ai tout fait. »

Et M. Charcot ajoute : « On pourrait aisément multiplier les exemples de ce genre. »

Echeverria (1) en a particulièrement étudié un certain nombre; Lapponi (2) a rapporté un cas de cet ordre qui prêta à des considérations médico-légales que nous avons nous-même exposées (3). Nombre d'auteurs, s'inspirant des recherches de notre maître, ont étudié l'automatisme comitial ambulatoire, nous ne pouvons faire davantage que de signaler leurs observations (4).

(1) Echeverria, *On nocturnal epilepsy ad its relations to somnambulism. Journ. of. mental science*, janvier 1879.

(2) G. Lapponi, *Di uno caso di omicidio in sonnambulismo*. Bologne, 1883. (Meurtre d'un enfant par submersion dans un cas d'automatisme épileptique : jugement; irresponsabilité; acquittement.)

(3) Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues*, ch. vi, p. 206-214.

(4) Grandjean, *Un cas d'automatisme comitial ambulatoire. Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 juin 1890. — Chantemesse et Widal, *Petit Mal comitial. Grandes et petites attaques d'automatisme ambulatoire. Soc. méd. des hôp.*, 27 janvier 1890. (Excellents effets du bromure; de plus, association de l'hystérie, de l'alcoolisme et de l'épilepsie.) — Sous, *De l'automatisme comitial ambulatoire*. Th. Paris, 1890. (Même cas que Chantemesse et Widal.) — Verga, *Considerazioni intorno ad uno caso di determinismo ambulatorio. Gazz. med. lomb.*, n° 50, 1891, p. 425. — Blocq (P.), *Sur un cas d'automatisme comitial ambulatoire. Rev. gén. de clinique*, n° 30, p. 469, 1891 (garçon de 15 ans). — Guyot, *Automatisme ambulatoire. Rev. méd. de l'Est*, n° 11, p. 335, 1891. — J. Fergusson, *Epilepsia procursiva, N.-York med. Journ.*, 5 septembre 1891, p. 256. — Krauss, *The people vs. Sadie Mac Mullen. A medico-legal case. The Journ. of nerv. and ment. diseases*, juillet 1891, p. 416. (Analogue au cas de Lapponi : meurtre de deux enfants par submersion dans un accès d'automatisme comitial : jugement; irresponsabilité.) — Buttner, *Ueber Epilepsia procursiva und die Bedeutung des Laufphoënomens. Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1891, 5 Heft. — Funajoli, *Di un caso di determinismo ambulatorio. Riform. med.*, n° 15, 1893. — Rançon, *Épilepsie et manie de la marche chez un noir. Arch. de méd. navale*, t. LIX, p. 81, 1893. — Potts, *A report*

Ce qui est certain, toutefois, c'est que dans aucune de ses fugues le malade de la Salpêtrière, épileptique avéré, ne semble avoir commis de ces actes extravagants, délictueux ou criminels, comparables à ceux du sujet de la deuxième observation de Charcot ou des individus dont Echeverria et Lapponi ont rapporté l'histoire. Et cette remarque s'applique à bien d'autres sujets également comitiaux.

De ce fait on comprend que, dans certains cas, le diagnostic différentiel entre l'automatisme ambulatoire hystérique et l'automatisme ambulatoire comitial, considéré *pendant l'accès lui-même,* doive présenter de très grandes difficultés (1).

*
* *

Aussi bien, du reste, outre que nos connaissances sur l'automatisme dans l'hystérie sont encore incomplètes, n'y a-t-il pas que les épileptiques qui puissent présenter des phénomènes ambulatoires susceptibles d'être confondus avec ce que l'on observe chez les hystériques.

M. Géhin (2), dans une thèse faite sous l'inspiration de M. le professeur Pitres, après avoir étudié l'automatisme ambulatoire hystérique et établi son diagnostic différentiel avec l'automatisme des épileptiques sur les bases que nous avons indiquées, dit qu'il existe encore toute une catégorie d'individus, véritables *aliénés* voyageurs, sujets à ces accidents.

Mais ici la fugue ne revêt plus le caractère d'inconscience si marqué chez les précédents, les épileptiques

of two cases of procursive epilepsy. Univers med. Magaz., Philadelphia, 1893-94, p. 696. — Coleman, *A remarkable case probably allied to epileptic automatism. The Lancet*, 21 juillet 1894. — Voy. aussi le Mémoire fondamental de Bourneville et Bricon sur l'épilepsie procursive. *Arch. de Neurol.*, 1888, et les Mémoires de Hare, Ladame, Mairet, Delbriol, etc.

(1) Lhomme, *Essai sur l'automatisme.* Thèse, Lyon, 1894.

(2) Géhin, *Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif.* Th. Bordeaux, 1892.

en particulier : « Chez eux, dit-il (p. 68), pas de perte de la conscience. Ils savent parfaitement ce qu'ils font et voient tout ce qui se passe autour d'eux; ils entendent tout ce qui se dit. Ils ne font rien d'anormal qui puisse attirer l'attention des gens qui les entourent ou qui les rencontrent. Ils ne commettent pas d'actes délictueux. Ils travaillent aussi bien qu'à l'état normal, et rien dans leur physionomie ne révèle l'état particulier dans lequel ils se trouvent. Enfin ils gardent le souvenir complet de tout ce qu'ils ont fait pendant leurs fugues et le racontent avec force détails. Ce sont des *abouliques*. L'idée de voyage s'impose à leur esprit, et ils n'ont pas la force d'y résister. La volonté s'annihile en quelque sorte. »

M. Géhin range ces malades dans la catégorie des *neurasthéniques*. Cependant, dans les trois observations qu'il rapporte, il y a un hystérique, un neurasthénique et un épileptique. La qualification de neurasthénique nous semble donc trop compréhensive dans l'espèce.

M. H. Meige (1) a fait une remarquable étude de ces aliénés voyageurs, qui très fréquemment d'origine israélite, ont fourni le type légendaire du Juif errant, lequel devient ainsi une réalité pathologique. Ces malades, partis pour la plupart de la Pologne, de la Lithuanie ou de la Russie, pérégrinant à travers le monde à la recherche d'un soulagement à leurs maux, peuvent présenter des phénomènes neurasthéniques ou hystériques, mais ce sont avant tout des instables et des déséquilibrés. Il ne saurait être question chez eux d'état second, de paroxysme automatique à proprement parler; ils restent dans l'état prime, et leur impulsion ambulatoire n'est autre chose qu'une manifestation, qu'une exagération de leur état ordinaire de déséquilibre mental. Ce sont des *vésaniques*.

Chez ces malades, l'*asthénie psychique* produit, dit M. Meige (p. 55), des désordres intellectuels et moraux. « C'est l'impotence fonctionnelle du cerveau qui amène

(1) H. Meige, *Le Juif errant à la Salpêtrière. Étude sur certains névropathes voyageurs*. Th. Paris, 1893.

l'impossibilité de suivre une voie tracée, de continuer un travail, un traitement entrepris. L'esprit vacille dans toutes les directions et se laisse entraîner n'importe où. Qu'une idée soit suggérée alors, ou qu'elle germe spontanément sous forme d'impulsion, le malade s'y abandonnera tout entier et la suivra jusqu'à ce que la fatigue cérébrale l'en empêche. » Or cette fatigue n'est pas longue à venir, car « ces malades ne sont plus les maîtres de leur énergie psychique. Ce sont de véritables abouliques. Aussi sont-ils perpétuellement indécis et mobiles. »

M. Meige et M. Géhin arrivent donc à la même conclusion : chez les sujets de cette catégorie, l'expression symptomatique de l'automatisme est bien différente de celle de l'accès d'automatisme hystérique, véritable attaque ou état de mal délirant.

Seul le qualificatif de neurasthénique pourrait être discutable. Aussi, « dans une leçon clinique faite au mois de décembre 1892, M. Régis (1) a-t-il cherché à démontrer que la neurasthénie dont il s'agit ici n'est en réalité que la dégénérescence, et que l'automatisme ambulatoire qu'on y observe n'est autre chose qu'une impulsion consciente et irrésistible analogue à toutes les autres, telles que la dipsomanie, la kleptomanie, etc., et possédant exactement les mêmes caractères. D'où le nom de *dromomanie,* sous lequel il désigne cette variété d'impulsion dégénérative. »

C'est ainsi que s'exprime M. Dubourdieu (2) dans une thèse récente où il a particulièrement étudié ces formes particulières de *fugues vésaniques* dont « le caractère général est d'être d'abord motivées; de plus, elles sont logiques et conscientes, non amnésiques, si ce n'est parfois pour les fugues alcooliques ».

Les phénomènes de cet ordre ont d'ailleurs été notés

(1) Régis, *Un cas d'automatisme ambulatoire hystérique. Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Bordeaux,* 3 février 1893.

(2) Dubourdieu, *Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire. De la dromomanie des dégénérés.* Th. Bordeaux, 11 mai 1894.

dans les états les plus divers (1) : chez des alcooliques (2), chez les persécutés migrateurs de Foville (3), chez des maniaques, des mélancoliques (4), des dipsomanes (5), voire des paralytiques généraux (6), qui, sous l'influence de leur asthénie psychique, de leur aboulie ou de leurs conceptions délirantes, exécutent des fugues souvent prolongées.

Ces manifestations sont encore imparfaitement connues : elles tirent cependant de la maladie qui leur a donné naissance des caractères assez particuliers pour qu'on ne puisse que bien rarement les confondre avec les accès d'automatisme ambulatoire d'origine hystérique.

*
* *

Après avoir ainsi donné une vue d'ensemble de l'automatisme ambulatoire à quelque origine qu'il appartienne, en prenant pour base l'automatisme hystérique, nous risquerions fort d'être incomplet en ce qui regarde celui-ci, si nous bornions notre littérature aux cas d'Antonini et de Tissié. Nous avons dit que ce dernier fait n'avait pris son importance véritable qu'après les études de Charcot sur l'automatisme comitial.

Désormais, nous nous bornerons à analyser les seuls faits relatifs à l'hystérie, sans perdre de vue toutefois que l'automatisme — avec ses caractères particuliers — est plus fréquent dans l'épilepsie que dans l'hystérie.

Les cas d'automatisme ambulatoire hystérique publiés

(1) Benedikt, *Étude physiolog. et sociologique sur le vagabondage et son traitement. Ann. d'hygiène*, t. XXIV, 1890.

(2) H. Colin, *Deux cas d'automatisme ambulatoire : 1° automatisme d'origine alcoolique; 2° automatisme hystérique. Gaz. des hôp.*, n°s 86, 92, 1890.

(3) Foville, *Les aliénés voyageurs. Ann. méd. psych.*, t. XIV, 1876.

(4) Marie et Frièse, *Mercredi méd.*, 30 août 1893.

(5) Souques, *Automatisme ambulatoire chez un dipsomane. Arch. de Neur.*, vol. XXIV, n° 70, juillet 1892, p. 61.

(6) Azoulay et Regnault, *De l'automatisme chez les paralytiques généraux. Gaz. méd. de Paris*, p. 424, 1892.

depuis 1887 sont donc relativement peu nombreux. Ils sont tous très comparables entre eux et calqués, pour ainsi dire, sur le fait de Pitres-Tissié, qui reste encore le plus important.

En 1888, M. Duponchel (*op. cit.*) rapportait l'observation d'un soldat de vingt-deux ans qui, en garnison à Caen, avait pris le chemin de fer sans être muni de permission et s'était retrouvé, le lendemain matin, à Paris « chez sa sœur, déclarant qu'il ne savait ni pourquoi ni comment il était venu, et faisant des réflexions amères sur les conséquences probables de cette escapade involontaire. Dans la même journée, il aurait eu des crises nerveuses ». Il présentait, du reste, les stigmates caractéristiques de la névrose.

C'était probablement aussi un hystérique, cet autre malade de Tissié (obs. VIII, p. 45, *op. cit.*) qui, caporal dans un régiment de ligne, déserte à l'intérieur et a la bonne fortune d'être acquitté par le conseil de guerre comme ayant agi inconsciemment.

Ces deux sujets étaient, de plus, au premier chef, des déséquilibrés, l'hystérie chez eux s'étant associée à la dégénérescence mentale, ainsi qu'il arrive si fréquemment.

En 1889, M. J. Voisin communiquait au congrès international de médecine mentale tenu à Paris (1) cinq observations de fugues inconscientes chez des hystériques tous porteurs de stigmates très accentués.

« Les caractères généraux de ces fugues, dit-il, sont toujours les mêmes. Elles se produisent dans une sorte d'*état second,* les malades ayant un véritable dédoublement de la personnalité. Après la fugue, ils ne se souviennent en aucune façon de ce qui s'est passé; mais si on les endort, on leur rend le souvenir de ce qu'ils ont fait pendant la fugue, et ils vous le racontent. Ces crises ambulatoires débutent, en général, par un vertige et une inspiration bruyante, quelquefois par des sensations de

(1) Séance du 6 août 1889. Compte rendu *in Semaine médicale,* p. 291, 1889.

strangulation et quelques contorsions. La fin en est marquée par d'autres phénomènes hystériques et souvent par une période de sommeil. »

M. J. Voisin s'efforçait d'établir le diagnostic différentiel avec les fugues inconscientes des épileptiques. Il mentionnait également certaines manifestations assez analogues qu'on peut observer chez les paralytiques généraux et les alcooliques, n'ayant, d'ailleurs, jamais ce caractère de coordination qu'on remarque chez les hystériques et s'accompagnant, en outre, disait-il, d'actes irraisonnables qui mettront vite sur la voie du diagnostic.

Le fait de pouvoir réveiller le souvenir de ce qui s'est passé dans une fugue antérieure en plongeant le malade dans un état hypnotique est, avons-nous dit, des plus importants, car il semble être exclusivement propre à l'hystérie. Ce caractère existait chez les cinq malades de M. J. Voisin.

On le retrouve encore dans un cas de M. Proust (1), intéressant au point de vue médico-légal. Le sujet avait été condamné pour une escroquerie commise pendant une de ses attaques d'automatisme ambulatoire. Le jugement fut annulé, les magistrats ayant considéré que le sujet avait agi en état d'inconscience.

Nous avons déjà dit cependant, en traitant de l'attaque à forme somnambulique, de l'état second, dont l'automatisme ambulatoire n'est qu'un dérivé, que M. Ballet, bien que l'ayant déclaré irresponsable, n'avait pu faire acquitter un malade de cette catégorie; mais il faut ajouter que l'escroquerie avait été commise à l'état de veille.

Il est difficile, au point de vue médico-légal, de tracer des règles générales d'appréciation applicables à tous ces cas, chacun d'eux présentant des particularités qui influenceront souvent, dans un sens opposé, l'opinion des magistrats. Le jugement pourra se baser, à la vérité, sur ce fait que le sujet a agi ou non en état second ou d'incon-

(1) Proust, *Automatisme ambulatoire chez un hystérique. Bull. méd.* 1890, p. 107.

science. Toutefois, chez de semblables individus, peut-on soutenir que la responsabilité soit entière pendant l'état prime (1) ?

Aux faits précédents ajoutons ceux d'Alcindor et Maurat (2), de H. Colin (*op. cit.*), qui ne présentent rien de particulier, et la thèse de Saint-Aubin (3), dans laquelle on ne trouve aucun cas inédit.

En 1890, M. Le Dantec (4) a publié deux faits d'automatisme ambulatoire hystérique, si tant est qu'on doive faire entrer dans cette catégorie l'observation de D. J..., qui n'est autre qu'un état de mal délirant de cinq jours de durée avec hallucinations très actives. L'automatisme ambulatoire a sa caractéristique particulière dont il faut tenir compte, à moins de mettre sur le même plan tous les états délirants d'origine hystérique.

Le cas de M. Séglas (5) a ceci d'intéressant que l'automatisme, qui parfois durait cinq jours consécutifs, servait d'aura à des attaques d'hystérie convulsives très caractérisées ; de ce fait il se rapproche beaucoup de celui d'Antonini, que nous avons analysé. A l'instar de ce que l'on observe dans l'état second, le champ visuel se rétrécissait par rapport à l'état de veille pendant les périodes d'automatisme ; l'anesthésie cutanée augmentait également.

Nous rappelons encore la part si importante que prit M. Pitres à l'étude de l'automatisme ambulatoire. Le malade de Tissié appartenait à son service d'hôpital ; il en

(1) Dénommé, *Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal.* Th. Lyon, 1894.

(2) Alcindor et Maurat, *Un cas d'hystérie avec automatisme ambulatoire et tremblement. Gaz. des hôp.*, 7 mai 1889 (somnambulisme dans l'enfance).

(3) Saint-Aubin, *Des fugues inconscientes hystériques et diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie.* Th. Paris, 1890.

(4) Le Dantec, *Deux cas d'automatisme ambulatoire. Arch. de méd. navale*, décembre 1890.

(5) Séglas, *Hystérie; automatisme dans la période d'aura des attaques; variations spontanées de la sensibilité et surtout du champ visuel correspondant aux phénomènes d'automatisme.* Congrès des méd. aliénistes, Blois, 1892, *in Mercredi méd.*, 24 août 1892, n° 34, p. 406.

donna lui-même l'histoire dans ses leçons, et inspira les thèses de Géhin, de Laurent (1), et avec M. Régis celle de Dubourdieu. C'est dans ces travaux que se trouvent, nous l'avons vu, exposés avec le plus de précision la description et le diagnostic différentiel parfois si difficile de cette manifestation hystérique.

*
* *

Si maintenant nous jetons un regard d'ensemble sur les éléments constitutifs de ce chapitre et aussi du précédent, en considérant les manifestations délirantes, qui comprennent d'une part les délires hallucinatoires et maniaques, ce que l'on peut appeler les délires vrais, et d'autre part les états seconds ou délires somnambuliques et l'automatisme ambulatoire, il ressort jusqu'à l'évidence de notre inspection que ce sont là tous maillons de la même chaîne.

Tous ces phénomènes sont des états prolongés de la troisième-quatrième période de la grande attaque d'hystérie convulsive. Un observateur expérimenté, guidé par les travaux de l'École de la Salpêtrière, retrouvera presque toujours, au début et à la fin de ces longues périodes délirantes ou vigilambuliques, des rudiments du paroxysme hystérique le plus ordinaire, le plus classique. L'anesthésie totale pendant l'accès, l'ensemble des stigmates dans les intervalles des paroxysmes le confirmeraient, s'il était nécessaire, dans l'idée qu'il se trouve en présence d'une manifestation de la névrose.

Au point de vue du pronostic général, il apparaît aussi que les délires vrais : maniaques et hallucinatoires, ont dans leur évolution une gravité moindre que les états seconds ou délires somnambuliques.

Certains des malades, en effet, que nous venons d'étudier sont des noctambules de l'enfance; en vieillissant, les périodes somnambuliques s'allongent de plus en plus

(1) Laurent, *Des états seconds, variations pathologiques du champ de la conscience*. Th. Bordeaux, 1892.

et chez quelques-uns : Félida X..., Albert D..., elles en arrivent à ce point que l'état *second* domine en durée l'état *prime* ou normal. L'hystérie en fait des êtres bizarres, doués de deux existences; l'ignorance où ils sont dans l'une de ce qu'ils ont fait dans l'autre les conduit à commettre des actes repréhensibles, sinon délictueux ; que devient chez eux le libre arbitre et la responsabilité ?

*
* *

Ce coup d'œil d'ensemble sur des états de même ordre, qui commencent au délire hallucinatoire de l'attaque pour se terminer au vigilambulisme, nous conduit à entrer dans quelques considérations sur le sujet si controversé de la *folie hystérique*.

Nous ne craignons pas d'être démenti en disant qu'avant les récentes études que nous venons d'analyser, il était impossible de se faire une idée un peu précise sur cette question dont, il faut bien le dire, nous ne possédons encore que quelques éléments, probablement sujets à révision.

Qu'on relise le traité de Moreau (de Tours), 1869 (1) sur la *folie dite hystérique*, et, malgré les efforts que fait l'auteur pour sortir de ce chaos, on verra quelle confusion existait alors entre les manifestations psychiques de l'hystérie et les formes les plus variées de l'aliénation mentale. Cependant, l'auteur entrevoit que ce que l'on appelait alors la folie hystérique n'est en réalité qu'un délire.

C'est « cette forme de folie ou plutôt de *délire* — dénomination plus convenable dans l'espèce en raison des différences qui séparent ces troubles intellectuels de la folie (délire chronique) proprement dite » — qu'il avait déjà étudiée en 1865 (2), sans que les recherches qu'il fit alors

(1) Moreau (de Tours), *Traité pratique de la folie névropathique (vulgo hystérique)*, 1869.

(2) Moreau (de Tours), *De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie convulsive, à l'hystéro-épilepsie et à l'épilepsie. Études cliniques. Union médicale*, 1865.

eussent beaucoup contribué à rendre plus précises les opinions qu'il devait émettre en 1869.

Cette confusion est encore plus grande dans la thèse de Bodeau (1), parue cependant en 1881, à une époque où les travaux de la Salpêtrière sur la grande attaque et sa période délirante avaient déjà vu le jour.

Mais elle atteint son maximum dans l'ouvrage de H. Schüle (2), dont nous avons déjà eu l'occasion de nous occuper en traitant de l'état mental des hystériques (3).

Non-seulement il existe, pour l'auteur allemand, une folie hystérique, mais encore celle-ci semble absorber à son profit toutes les formes de l'aliénation mentale.

« La folie hystérique, dit-il (p. 227), est infiniment variable. Elle peut être aiguë ou chronique, passagère ou durable. Au point de vue des symptômes, elle peut revêtir une forme clinique quelconque ou passer par plusieurs formes successives (l'état hystérique renferme les éléments de la manie, du délire systématisé simple et catatonique, du délire systématisé avec dégénérescence, et de la démence). Mais elle a toujours une physionomie spéciale ; les folies hystériques constituent un groupe *étiologique*. L'exagération du tempérament hystérique dans le sens de l'irritabilité morale et de l'hyperesthésie cérébro-spinale forme un état clinique que nous avons déjà étudié dans la mélancolie. Un deuxième état clinique, qui représente aussi une certaine exagération du tempérament hystérique, est la *folie hystéro-épileptique*. »

On trouve de tout dans ce chapitre de Schüle, y compris cette opinion singulière, basée sur les divagations de Louyer-Villermay, que l'hystérie, affection psychique par excellence, peut naître d'une lésion des organes génitaux.

(1) Bodeau, *Étude sur la folie hystérique*. Th. Bordeaux, 1881.

(2) H. Schüle, *Traité clinique des maladies mentales*, 3e édit. 1886, trad. franç. par Dagonet et Duhamel, Paris 1888.

(3) Gilles de la Tourette, *Traité clin. et thér. de l'hystérie*, t. I, p. 553, note.

« Très souvent, dit-il (*op. cit.*, p. 239), dans les psychoses hystériques (quelle que soit leur forme, mais surtout dans le délire systématisé hystérique), il existe une névrose génitale dont le point de départ est une *affection des organes sexuels*, affection contre laquelle un traitement spécial doit être institué. »

Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser de la théorie génitale de l'hystérie; nous verrons au chapitre du Traitement à quels résultats conduisent des opinions analogues à celles acceptées par Schüle.

A notre avis, et c'est aussi celui de M. Charcot que nous exprimons, la folie dite hystérique le délire chronique dont parle Moreau (de Tours) n'existe pas; ou, quand il existe, il n'appartient pas à la névrose.

Il y a dans l'hystérie des délires, des périodes délirantes prolongées, fragments ou transformations d'une attaque, d'un paroxysme, c'est-à-dire, malgré leur apparence, d'essence réellement aiguë, paroxystique. A la vérité, ces délires, comme dans certains états seconds vigilambuliques, peuvent durer des mois et des années. Mais peut-on considérer comme des délirants chroniques ces vigilambules à la façon de Félida, chez lesquels le moindre choc nerveux, en déterminant une attaque, mettra immédiatement fin à la période délirante. Voit-on semblable chose dans les délires chroniques ?

De plus, chez la grande majorité de ces sujets, l'expérimentateur peut à son gré faire cesser l'état délirant; il suffit pour cela de quelques manœuvres hypnotiques, équivalents de l'attaque dont nous venons de parler.

Dans quelle catégorie de délire chronique, de folie, de vésanie, de démence, observe-t-on semblable chose, obtient-on de pareils résultats ? Dans quel délire systématisé l'action de l'hypnotisme est-elle susceptible de se faire sentir au point d'annihiler la manifestation morbide et de provoquer le retour à l'état normal ? Les faits n'ont-ils donc pas péremptoirement établi que les seuls délirants

hystériques étaient hypnotisables et seuls retiraient des bénéfices de l'hypnotisme (1)?

Ce qui a donné lieu à la légende de la folie hystérique, à la croyance au délire chronique lié à la névrose, ce sont les associations morbides. L'hystérie peut s'associer avec la paralysie générale (2), avec ces formes vésaniques si variées que l'on englobe aujourd'hui, pour la plus grande confusion de la nosographie des maladies mentales, sous le terme de dégénérescence (3). Mais, dans ces cas complexes, pourquoi attribuer à l'hystérie ce qui n'appartient qu'à la maladie avec laquelle elle s'est associée? Pourquoi rendre la névrose responsable de manifestations avec lesquelles, dit Charcot, « elle s'accole sans jamais se fusionner »?

L'hystérique, nous le savons, possède un état mental qui lui est propre, fait en particulier de suggestibilité; sur cet état mental évoluent des paroxysmes, et leur caractère est, malgré certaines apparences, d'être aussi aigu, aussi transitoire, aussi modifiable que sont cycliques ou chroniques d'emblée les manifestations de la folie proprement dite.

(1) P. Garnier, *Hypnotisme et folie. France médicale*, n° 47, 22 avril 1886. — Gilles de la Tourette, *L'hypnotisme et les états analogues*, ch. ix, p. 288.

(2) Charrière, *Rapports de l'hystérie avec la paralysie générale*. Th. Paris, 1882. — Babinski, *Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections. Soc. méd. des hôp.*, 11 nov. 1892, obs. II.

(3) Voy. G. Ballet, *Arch. gén. de méd.*, mars-avril 1888. — Marquézy, *L'homme hystérique. Bull. méd.*, p. 1126, 1141, 1888. — Tabaraud, *Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie*. Th. Paris, 1888. — Séglas, *Hystérie et dégénérescence mentale. Soc. méd. des hôp.*, 12 avril 1889. — Greidenberg, *Eine periodische Neuro-Psychose auf hysterisch-degenerative Basis*; analysé *in Centr. f. Nervenh.* nov. 1892, p. 481. — Brugia, *Hystérie mâle d'origine toxique et folie des actes. Manicomio*, fasc. 2-3, 1892. — David, *Hystérie convulsive, idées de persécution et de suicide, guérison, somnambulisme hystérique et somnambulisme hypnotique. Rev. de l'hyp.*, février 1892. — Mingazzini, *Psychose hystérique. Soc. lancis. deg. osped.*, Rome, 1893. — De Sanctis, *Su due cosi d'isteria maschile assoccatia a pazzia morale. Policlinica*, 1er juin 1894. — Sanie, *Contribution à l'étude de la démence hystérique*. Thèse Toulouse, 1893-94.

*
* *

Si M. Ballet, rapporteur au *cinquième congrès français des médecins aliénistes et neurologistes,* avait accordé, dans l'évolution des troubles mentaux des hystériques, la prépondérance qu'ils méritent aux caractères tirés de la clinique : influence de l'attaque, anesthésie totale, modifications par l'hypnose, auxquels nous ajouterons les résultats précis fournis par les échanges nutritifs, la question posée : « *Des rapports de l'hystérie et de la folie* », fût certainement sortie du domaine de la discussion pure, où elle resta cantonnée.

Autant que nous en pouvons juger par le compte rendu des journaux(1) à une époque où le texte officiel des séances du congrès n'a pas encore été publié, il nous semble que M. Ballet, qui, à la vérité, paraît avoir eu surtout l'intention de « poser une série de problèmes sans les résoudre », eût trouvé une base beaucoup plus solide pour son rapport en s'appuyant sur ces caractères qu'en *raisonnant* sur l'hystérie « envisagée comme une désagrégation des éléments de l'esprit avec *rétrécissement du champ de la conscience* et conservation des phénomènes subconscients et automatiques ».

Il faut avoir le courage de le dire : dans ces dernières années, un certain nombre d'auteurs, professeurs de philosophie ou autres, ont cherché dans l'hystérie la plateforme de l'évolution psycho-physiologique de leurs théories philosophiques.

En les voyant hôtes assidus des services d'hôpital, on eût pu penser qu'ils éclairaient leurs doctrines, en rajeunissaient le dogmatisme et les conceptions artificielles aux données que leur fournissait l'état mental des hystériques. Erreur profonde ! C'est l'hystérie qu'ils disséquaient à l'aide de la ratiocination philosophique, ce qui est l'inverse

(1) Voy. *Semaine médicale,* n°s 44, 45, 8 et 11 août 1894. — *Mercredi médical,* n° 34, 22 août 1894.

de la méthode expérimentale qu'ils avaient, nous le pensions du moins, l'intention d'appliquer, pour une fois, à leurs recherches habituelles de spéculation pure.

De ce fait, ils ont créé de toutes pièces une physiologie de l'hystérie à laquelle ils ont donné, entre autres choses, pour caractéristique ce « rétrécissement du champ de la conscience » dont tous les termes sont à élucider. Ils ont alors échafaudé sur leurs conceptions la pathologie des manifestations mentales de la névrose, interprétant de même, du reste, avec une inconscience absolue du sens clinique, ses manifestations physiques.

Ces conceptions sont certainement très intéressantes au point de vue de la dissertation philosophique; mais satisfont-elles le médecin? Nous ne le croyons pas pour notre part.

Au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, M. Charpentier a répondu en ces termes au rapporteur :

« Je repousse absolument la conception psychologique de l'hystérie telle que nous l'a exposée M .Ballet. Dire que l'hystérie est une désagrégation des éléments de l'esprit, un rétrécissement du champ de la conscience, ce n'est pas introduire dans la science une idée nouvelle, c'est revenir aux anciennes doctrines de l'animisme et du vitalisme. » C'est retomber dans la théorie.

Il s'élève contre les applications de la psychologie pure à la clinique ; il ne comprend pas ce que peuvent signifier les expressions de *champ de conscience, subconscience*, etc.

Et il ajoute à un autre point de vue, celui de la dégénérescence mentale, qui nous intéresse aussi : « Je ne discuterai pas davantage la question des rapports de l'hystérie avec la dégénérescence mentale, car, comme vient de le faire remarquer M. Falret, les expressions de *dégénérescence mentale* ou de *prédisposition héréditaire,* dont on a tant abusé dans ces derniers temps en les détournant de leur véritable sens, ne servent d'une façon générale qu'à masquer notre ignorance et ne jettent aucune lumière sur les faits qu'elles veulent expliquer.

« Les médecins aliénistes doivent rester cantonnés sur le terrain de la clinique et de l'anatomo-pathologie et tenir en égale méfiance les prétendues théories explicatives des adeptes de la dégénérescence aussi bien que celles des psychologues. »

C'est une idée analogue qu'a défendue M. Pierret. « La dégénérescence mentale, a-t-il dit, n'est pas une doctrine médicale ; je me ferais un crime de l'enseigner à mes élèves; en agissant autrement, j'en ferais peut-être de mauvais anthropologistes, mais, à coup sûr, ils ne deviendraient jamais des médecins. »

Il ne lui répugne pas d'admettre le terme de *folie hystérique,* mais, à condition qu'on considérera les manifestations psychiques ainsi désignées comme des équivalents ou des prolongations de l'attaque, ce que permet d'ailleurs d'affirmer l'étude de l'évolution des stigmates chez ces sujets.

Telle fut aussi l'opinion de M. Pitres; telle est celle que nous avons défendue dans cet ouvrage.

DEUXIÈME PARTIE

LES TROUBLES TROPHIQUES DANS L'HYSTÉRIE

CHAPITRE NEUVIÈME

TROUBLES TROPHIQUES CUTANÉS

Les travaux de M. Charcot et de son École. — Choix à faire parmi les observations anciennes.

LES TROUBLES VASO-MOTEURS CUTANÉS OU DIATHÈSE VASO-MOTRICE. — Interprétation physiologique : *Premier degré du processus :* dermographie spontanée ou provoquée ; phénomènes d'asphyxie locale. — Influence des attaques. — Sueurs localisées ou généralisées. — *Urticaire.*

Deuxième degré du processus : L'œdème hystérique. — *Sydenham ;* Carré de Montgeron ; Brodie ; *Charcot.* — Description : œdème *blanc, rouge, bleu.* — Superposition à l'arthralgie, à la paralysie, à la contracture. — Ténacité. — *Diagnostic différentiel :* rhumatisme articulaire ; phlegmon ; syringomyélie ; œdème simple ; œdème angio-nerveux.

Les éruptions cutanées d'origine hystérique : Le pemphigus type d'élément éruptif. — *Historique.* — Dissémination, localisation. — Influence provocatrice des paroxysmes. — Douleurs locales prémonitoires ; troubles de sensibilité. — Récidives. — *Herpès gangréneux de Kaposi.* — Eczéma.

Troisième degré du processus : Les lésions gangréneuses de la peau chez les hystériques. — Historique. — Description. — Marche chronique ; récidives ; cicatrices chéloïdiennes. — Interprétation : cas de A. Fournier et Veillon. — *Discussion sur la simulation.*

Altérations pigmentaires. — Vitiligo. — Dyschromies et lichen de Hallopeau et Larat. — *Erythromélalgie.*

« Dans le domaine si vaste de l'hystérie, il sembla pendant longtemps qu'il n'y avait place que pour des phénomènes que je qualifierai volontiers de *psychiques,* en les opposant aux phénomènes *organiques* résultant de l'altération des tissus et connus en neuropathologie sous le terme générique de *troubles trophiques.*

« Il importe qu'on le sache, l'hystérie a ses lois, son déterminisme, absolument comme une affection nerveuse à lésion matérielle. Sa lésion anatomique échappe encore à nos moyens d'investigation, mais elle se traduit d'une façon indéniable à l'observateur attentif par des troubles trophiques analogues à ceux qui se voient dans les cas de lésions organiques du système nerveux central ou des nerfs périphériques.

« Dans ce même ordre d'idées, il n'est pas jusqu'aux humeurs qui ne soient profondément modifiées, ainsi que l'ont montré récemment deux de mes élèves, MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, en étudiant les troubles des excrétions urinaires dans l'hystérie.

« Désormais la voie est largement ouverte, et j'ose espérer qu'un jour ou l'autre la méthode anatomo-clinique, en matière d'hystérie, comptera un succès de plus à son actif, en permettant de déceler enfin l'altération primordiale, la cause anatomique dont on connaît aujourd'hui tant d'effets matériels. »

Les lignes qui précèdent sont extraites de la *Préface* que M. Charcot a consacrée à la thèse d'un de ses élèves, M. Athanassio : *Des troubles trophiques dans l'hystérie,* faite sous notre direction dans le service de la Salpêtrière pendant l'année 1889.

Ce travail, qui fut publié en 1890, résumait parfaitement, à cette époque, l'état de la question que nous allons maintenant traiter. Il mérite encore d'être consulté à plus d'un titre, car si le chapitre des troubles trophiques dans l'hystérie s'est enrichi de nouveaux documents, rien n'est venu encore modifier l'idée générale que l'École de la Salpêtrière se faisait alors de ces phénomènes.

Est-ce à dire qu'avant les travaux de M. Charcot et de ses élèves, les troubles trophiques fussent entièrement inconnus dans la névrose? Certainement non, et nous montrerons qu'il existait sur ce sujet nombre d'observations çà et là éparses dans la science et dont quelques-unes, tout au moins, étaient rapportées à leur véritable cause. Mais

ces observations restaient isolées les unes des autres, sans lien commun qui les réunît.

Ces manifestations sont trop variées pour que, nous plaçant maintenant à un point de vue général, nous puissions nous livrer à des considérations historiques; celles-ci trouveront leur place dans les chapitres particuliers que nous consacrerons à la description de chaque groupe de phénomènes.

Dans un sujet aussi vaste et qui va tous les jours s'élargissant, nous avons dû établir des divisions que l'on trouvera peut-être schématiques ou exagérées. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit de faits nouveaux, encore peu connus, discutés, et que notre devoir, dans cet ouvrage, est de présenter l'état exact d'une question grosse de conséquences pour l'avenir dans le domaine de l'hystérie.

*
* *

Dans le premier volume de ce *Traité,* nous avons étudié les *stigmata diaboli* dont étaient marqués les possédés et qui consistaient surtout en des « places » d'insensibilité à la douleur où le démon était censé avoir apposé sa griffe.

Mais, dans le sens mystique du mot, les stigmates (de στιζώ, je marque par des signes) se rapportaient encore à d'autres phénomènes également de nature hystérique, à des lésions cutanées rappelant par leur localisation les plaies de Jésus crucifié. C'est ainsi que nous noterons sur saint François d'Assise et sur Louise Lateau l'empreinte sanglante de la couronne d'épines, la trace des clous aux pieds et aux mains et aussi la plaie béante du côté. Avec l'aide de ce que nous savons aujourd'hui sur l'état mental des hystériques et grâce à des expériences précises, il nous sera facile, croyons-nous, d'interpréter la réalité de ces phénomènes considérés longtemps comme d'essence miraculeuse.

Au point de vue bibliographique, nous ajouterons que ces sueurs rouges, ces écoulements de sang par la peau

ont fait l'objet d'un nombre considérable d'observations anciennes que les auteurs actuels ont une grande tendance à rapporter en bloc à l'hystérie.

Des recherches auxquelles nous nous sommes livré il résulte que si, pour beaucoup d'entre elles, cette opinion est soutenable, il n'en reste pas moins vrai qu'on a souvent rapproché les uns des autres des faits de valeur très inégale. C'est ainsi qu'à côté de véritables troubles trophiques d'origine hystérique, on note des accidents scorbutiques, hémophiliques, qui n'ont rien à voir avec la névrose. Nous ne rapporterons donc que des faits soigneusement vérifiés, dans lesquels l'influence nerveuse est indéniable; en pareille matière, la qualité est de beaucoup préférable à la quantité.

*
* *

Nous commencerons notre description par l'étude des *troubles vaso-moteurs cutanés,* connus aujourd'hui sous le terme générique de *dermographie* (1) ou *dermographisme,* dont Gull (2) et Zenker (3) se sont occupés d'une façon particulière et sur lesquels notre ami Toussaint Barthélemy (4) a écrit une étude du plus grand intérêt.

M. Renaut, de Lyon, semble avoir fixé la nature intime de leur processus. Pour une fois qu'il nous est possible d'analyser la façon dont se comporte anatomiquement l'hystérie, nous ne saurions mieux faire que d'entrer dans quelques développements. Ils nous permettront de saisir les liens qui unissent entre elles les diverses lésions cutanées qui commencent à la congestion vasculaire et vont

(1) Féré et Lamy, *La dermographie. Nouv. Iconogr. de la Salp.,* 1889, t. II, p. 282.

(2) Gull, *On factitious urticaria. Guy's hospital Rep.,* 1859.

(3) Zenker, *Ueber zwei Fälle von vasomotorischen Neurosen. Berlin. klin. Wochensch.,* 1875.

(4) T. Barthélemy, *Étude sur le dermographisme,* in-8° de 293 pages, avec 17 planches hors texte. Paris, 1893. — Bibliographie très complète. — *Ibid., Progrès médical,* janvier 1893.

jusqu'à la gangrène du tégument en passant par l'œdème et l'hémorragie.

Avec M. Renaut, nous allons pénétrer dans l'intimité même du phénomène, apprendre à connaître son mécanisme; aussi avons-nous cru devoir faire précéder toute description des pages suivantes, dans lesquelles le professeur de Lyon résume lui-même l'ensemble de ses travaux sur cet intéressant sujet de dermatologie générale.

« Quand on trace une ligne sur la peau, — dit M. Renaut (1) à propos d'un homme hystérique dont nous reparlerons, — avec l'ongle ou un crayon mousse, ce n'est pas une simple « raie méningitique » qui surgit; c'est un large ruban rose qui, en même temps qu'il s'élargit par sa périphérie, devient par son centre œdémateux et ortié. La raie tracée sur la peau devient bientôt saillante et fait relief sur le tégument par œdème rapide du derme. Puis le liquide de cet œdème, emprisonné dans les mailles inextensibles du derme, comprime les vaisseaux qui lui ont donné naissance, et l'axe de la raie devient le siège de ce que j'ai appelé « l'œdème anémique », tandis qu'à droite et à gauche continuent à se produire des nuages congestifs. Cette sorte d'urticaire traumatique est prurigineuse et suscite à distance des papules ortiées. Quand, à la longue, elle s'est effacée, on peut la faire apparaître le lendemain par une simple friction légère de la peau. Il y a même des jours où une raie tracée avec l'ongle ou un bout d'allumette détermine un œdème congestif si intense au point touché, que la diapédèse intense qui en résulte donne lieu à une *hémorragie élective*. Avec les globules blancs il en passe un grand nombre de rouges, et quand l'œdème congestif, puis anémique, se sont effacés, on trouve à la place de la raie rose devenue blanche une raie ecchymotique. La *stigmatisation* est alors complète.

(1) *Sur une forme de la gangrène successive et disséminée de la peau : l'urticaire gangréneuse. La médecine moderne*, n° 9, 20 février 1890. Voir aussi Renaut : art. *Dermatoses* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.*

« Nous savons très bien actuellement ce qui se passe lors de la formation d'une lésion ortiée quelconque. Au début, une paralysie subite des artérioles commandant les cônes vasculaires de la peau ouvre, dans la sphère de distribution de l'artère, une aire de pleine circulation : d'où la *rougeur*. Dans cette aire de pleine circulation, le cours du sang se ralentit par insuffisance du débit des veinules qui y correspondent : d'où la *diapédèse large aboutissant à l'œdème congestif*. Les espaces interfasciculaires du derme étant inextensibles et le liquide de l'œdème exsudé sous pression ne pouvant les déployer pour y prendre place, ce liquide s'y accumule avec une tension croissante autour des vaisseaux. Quand cette tension est devenue égale et de signe contraire à la tension du sang dans les vaisseaux, ceux-ci s'aplatissent, et leur lumière s'efface par contre-pression, d'où l'*œdème anémique* et l'aspect exsangue du centre de la papule ou de la raie ortiée. Dans ces conditions, on voit même parfois l'épiderme céder à la haute pression intradermique propagée dans tous les sens : d'où l'urticaire bulleuse, qui n'est point rare.

« Si, dans les cas d'urticaire vulgaire, les lésions ortiées n'étaient pas, comme on l'observe effectivement, ou tout à fait ou relativement éphémères, l'œdème anémique aurait une autre conséquence que le lecteur a déjà prévue : la *gangrène* superficielle, arrondie, siégeant dans la portion de la peau voisine du corps muqueux, laquelle ne peut subsister qu'au prix d'une irrigation soutenue, comme l'indique l'énorme développement de ses réseaux capillaires en bouquets.

« Or, chez les autographiques, tels que notre malade, les lésions ortiées une fois produites subsistent très longtemps. D'autre part, chez eux, l'œdème anémique rend le centre des papules d'urticaire *absolument exsangue*. Chez mon sujet, je l'ai démontré plusieurs fois en piquant avec une épingle le centre anémique des papules. Comme enfin, dans ce cas, non seulement l'urticaire est lente à s'évanouir, mais renaît au moindre grattage ou au moindre

heurt, on comprend qu'au bout de quelque temps la vitalité des portions superficielles du derme périclite et qu'enfin la nécrose survienne au niveau de celles des papules ortiées qui ont le plus persisté, ou qui ont été davantage entretenues par les grattages motivés par le prurit incessant dont elles sont le siège.

« D'ailleurs, ce qui montre bien qu'il y a une relation étroite entre l'œdème anémique et l'eschare, c'est que celle-ci répond exactement comme dimensions et comme figure à la zone anémique de chaque papule ortiée destinée à devenir gangréneuse. J'ajouterai que, dans la genèse des lésions sphacéliques, il importe de ne pas négliger l'action mécanique du grattage par des doigts malpropres. Ceux-ci introduisent naturellement des germes qui, s'insérant sur des tissus que l'anémie a amenés au mininum de leur vitalité et que l'œdème a gorgés d'un liquide favorable aux cultures parasitaires, peuvent, en somme, jouer le rôle décisif dans la formation des eschares. »

On comprendra, en lisant les descriptions cliniques qui vont suivre, combien il était important de les faire précéder de cet exposé anatomo-pathologique.

On retrouve, en effet, dans ce dernier, toute la filiation des troubles trophiques cutanés d'origine hystérique, depuis la rougeur, urticaire factice ou dermographie, jusqu'à la gangrène de la peau, en passant par la bulle de pemphigus, l'œdème, l'ecchymose et l'hémorragie dite spontanée.

L'anatomie pathologique permettra encore de comprendre la coexistence de toutes ces lésions chez le même sujet, car elles ne sont, en somme, que des étapes différentes d'un processus identique.

L'importance clinique qu'elles présentent et aussi leurs différences objectives nous autorisent cependant à consacrer à chacune d'elles une description particulière.

*
* *

Les phénomènes que nous allons étudier en premier

lieu, limités aux simples troubles à la fois congestifs et anémiques de la peau, ont été observés depuis longtemps. En établissant les rapports qu'ils affectent avec l'état mental des sujets qui en sont porteurs, nous aurons à nous étendre sur les stigmates de saint Françoise d'Assise et de sœur Jeanne des Anges ; auparavant il importe de dire comment ils se présentent cliniquement à l'observateur. Ce sont pour ainsi dire des faits expérimentaux dont l'étude est relativement facile, puisqu'on peut les produire à volonté sur un certain nombre d'individus. Nous rappellerons, sans plus insister, car la description de M. Renaut est assez complète à ce point de vue, qu'il suffit, chez certains hystériques, de presser la surface de la peau avec un instrument mousse, l'ongle, l'extrémité d'un porte-plume, pour faire apparaître presque spontanément une ligne surélevée, blanche à son centre, rouge sur les bords, qui, une fois produite, est généralement fugace, mais peut aussi persister pendant des jours et des semaines.

Ces phénomènes, comme beaucoup d'autres, d'ailleurs, que nous décrirons, n'appartiennent pas exclusivement à l'hystérie. MM. Féré et Lamy, d'après l'étude de cent trente sujets, M. Barthélemy dans son ouvrage, ont montré cependant combien était grande, dans la circonstance, la proportion des individus atteints de la névrose.

On les observe également chez les sujets qui ont de la tendance à l'urticaire spontanée, et aussi chez les épileptiques, les alcooliques, certains aliénés, les méningitiques, en un mot chez les individus dont le système nerveux est profondément touché dynamiquement ou organiquement.

Nous n'avons pas l'intention, dont la réalisation nous entraînerait trop loin, de faire la séméiologie de ces troubles vaso-moteurs de la peau, qui naissent spontanément ou qu'on peut expérimentalement reproduire. Nous nous bornerons à leur étude chez les hystériques, nous appuyant particulièrement sur les observations de Bourneville et Regnard, d'A. Martin, de Dujardin-Beaumetz,

d'A. Fabre, de Ducamp, de Huchard, et sur un grand nombre d'autres travaux dont nous donnons la bibliographie (1).

*
* *

C'est surtout sous l'influence immédiate de l'attaque que se montrent, ainsi que l'ont très expressément noté Bourneville et Regnard (2) sur des malades du service de M. Charcot, les plaques congestives, l'érythème, l'urticaire, qui disparaîtront souvent avec le paroxysme. Ces manifestations ont un siège très variable : peut-être affectent-elles plus particulièrement le tronc et la face, mais on peut les observer sur toute l'étendue du tégument cutané.

C'est évidemment à elles que Trousseau (3) faisait allusion lorsque, parlant d'une femme qui, à notre avis, doit

(1) Bourneville et Regnard, *Iconographie phot. de la Salpêtrière*, t. I, 1876-1877. — A. Martin, *Des troubles de l'appareil vaso-moteur dans l'hystérie*. Th. Paris, 1876. — Dujardin-Beaumetz, *Note sur les troubles vaso-moteurs de la peau observés chez une hystérique. Union médicale*, t. XXVIII, 1879, p. 917. — Ducamp, *Dermographie chez une hystérique. Montpellier médical*, 16 octobre 1879, p. 341. — A. Fabre, *L'hystérie viscérale*, Paris, 1883, p. 90 et suiv. — Huchard, *Troubles vaso-moteurs et sécrétoires dans l'hystérie. Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 28 avril 1883, p. 274, et *Traité des névroses* (avec Axenfeld), p. 1029, 1883. — Lombroso et Ottolenghi, *Névroses vaso-motrices chez une hystérique. Giorn. accad. di med.*, Torino, 1888, n° 6. — Burot, *Asphyxie locale des extrémités chez une hystérique. Revue de l'hypn.*, 1889, p. 197. — Mesnet, *Autographisme et stigmates. Revue de l'hypn.*, 1889, p. 321. — Féréol, *Dermographie ou autographisme. Soc. méd. des hôp.*, 21 nov. 1890. — P. Raymond, *Remarques anatomo-path. et cliniques sur l'état dermographique de la peau. France médicale*, 5 déc. 1890, n° 49. — Cornu, *Contribution à l'étude de la dermographie, l'urticaire graphique provoquée*. Th. Paris, 1890. — Kriege, *Ueber vasomotorischen Störungen der Haut bei der traumatischen Neurosen. Arch. fur Psych.*, Bd XXII, 2 Heft, 1890. — Alt, *Ein Fall von Urticaria facticia. Münch. medic. Wochens*, n° 8, 1892. — Scheiber, *Ueber Trophoneurosen im Allgemein. Wien. klin. Wochens.*, 1892, n° 5, p. 102. — Schwarz, *Ein Fall von Trophoneurose. Wien. med. Blätter*, n° 10, 1892. — Carrière, *Syndrome vaso-moteur dans l'hystérie. Nouv. Montpellier médical*, n°s 8, 29, 30, 1892. — A. Gauthier, *Des éruptions cutanées chez les hystériques*. Th. Lyon, mars 1893.

(2) Bourneville et Regnard, *Iconogr. phot. de la Salp.*, t. I, 1876-1877, p. 65, 87, 119, 130, 150.

(3) Trousseau, *Clinique médicale*, 1861, t. I, p. 548.

être considérée comme hystérique, il disait « qu'elle présentait, du côté de la peau, à la moindre émotion, des congestions partielles qui donnent aux téguments une couleur écarlate persistant quelques minutes ».

Nous noterons que chez cette malade il existait des hémoptysies sans tuberculose, pour dire que très souvent, chez le même sujet, les troubles vaso-moteurs affectent à la fois divers appareils, ont de multiples déterminations.

Cette simple remarque, dont les faits exposés ultérieurement justifieront le bien fondé, nous conduit à penser qu'à côté des grands processus, tels que la diathèse de contracture, d'amyosthénie, les stigmates sensitivo-sensoriels, etc., déjà décrits, il existe dans l'hystérie, ou au moins chez certains hystériques, un autre stigmate permanent que nous proposons d'appeler la *diathèse vasomotrice,* à laquelle ressortissent quantité de troubles trophiques qui ont entre eux une parenté indéniable. Ainsi se trouvera justifiée une fois de plus la conception que nous nous sommes faite de la névrose, maladie générale constituée à l'état normal par une série de grands processus, fonds commun d'où émanent et sur lequel évoluent les paroxysmes.

Revenant aux cas de Bourneville et Regnard, de Trousseau, nous dirons que, dans un ordre de faits connexes, doivent être rangées les observations déjà citées où il existait, comme phénomènes prémonitoires de l'attaque, des troubles qu'Armaingaud (1), Vulpian (2), Rosenthal (3), ont rapproché de l'asphyxie locale des extrémités.

Nous rappelerons que, dans le cas de Rosenthal, le côté gauche hyperesthésique était le siège d'une coloration rouge, puis bleuâtre des téguments, s'accompagnant d'une sensation subjective de froid. Cette sensation était réelle,

(1) Armaingaud, *Sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique. Gazette hebd.*, 1871.

(2) Vulpian, *Clin. méd.*, p. 887.

(3) Rosenthal, *Untersuchungen und Beobatchungen ueber Hysterie. Die vasomotorischen Innervation-störungen bei Hysterie. Wien. mediz. Presse,* 1879, n° 25, p. 802.

car la température centrale donnant 37°,1, la température normale de la peau étant de 34°,4, pendant la période congestive, cette température locale s'élevait à 36°,1 pour descendre à 30°,6. C'est alors que survenait la sensation de froid, et l'hyperesthésie cutanée se changeait en anesthésie. La fin de l'attaque s'annonçait par le retour à la température et à la coloration normales du tégument cutané, retour qui était également précédé par l'apparition de sueurs abondantes.

Ces *sueurs* localisées ou généralisées s'observent fréquemment dans la névrose. Il y a longtemps que Sydenham (1) les avait notées dans les termes suivants, en même temps qu'un autre trouble vaso-moteur, le *ptyalisme :*

« Il est assez ordinaire aux femmes hystériques de cracher durant plusieurs semaines une matière séreuse, ni plus ni moins que si elles avaient été frottées d'onguent mercuriel. Apparemment que cette salivation dépend aussi du trouble que les esprits causent dans le sang et qu'alors, la sérosité ne pouvant s'en séparer par les voies naturelles, c'est-à-dire par les reins, elle se dépose sur les glandes salivaires et coule ensuite par les conduits salivaires sous la forme de salive.

« On peut dire la même chose des sueurs nocturnes qui arrivent quelquefois aux femmes hystériques et qui proviennent uniquement de ce que, l'économie du sang étant troublée, sa sérosité est contrainte de se porter à l'habitude du corps. »

Ces sueurs ont été également observées par Bourneville et Regnard, Kriege, P. Raymond. M. A. Martin leur a consacré quelques pages de son intéressante thèse (*op. cit.*, p. 45).

Elles peuvent être, avons-nous dit, générales ou partielles; lorsqu'elles sont limitées, elles se superposent souvent à d'autres phénomènes hystériques, se limitant, par exemple, au côté atteint d'hémianesthésie.

(1) Sydenham, *Trad. Jault*, t. II, p. 487. *Lettre à Guill. Cole.*

Chez une malade qu'il a observée, « il existait, dit A. Martin, des sueurs la nuit. Mais, tandis que le côté paralysé qui est atrophié n'en sécrète que peu, le côté sain en *ruisselle*. La quantité des urines rendue est au-dessous de la moyenne. »

Il conclut en ces termes : « Ces observations nous montrent une hypersécrétion sudorale venant se joindre à des troubles de la sensibilité et de la motilité limités à un seul côté. Mais nous ne croyons pas qu'on puisse établir aucun rapport certain entre tel symptôme et l'hypersécrétion de la sueur. Car, outre que les deux ordres de phénomènes ne sont pas liés fatalement l'un à l'autre, nous voyons l'hyperhydrose se manifester tantôt dans le côté hémianesthésié, tantôt dans le côté sain, le côté où siège l'hémianesthésie restant plus ou moins sec. »

Nous verrons encore que, dans certains cas d'anurie hystérique, les sueurs sont sécrétées en plus grande abondance qu'à l'ordinaire et renferment une notable proportion d'urée ; mais il s'agit là d'un processus d'un autre ordre.

M. A. Fabre (1) a, lui aussi, noté les sueurs chez les hystériques. Il émet d'abord l'opinion suivante, qui lui est, que nous sachions, tout à fait personnelle : « La sécheresse habituelle de la peau est, chez les hystériques, le cas le plus commun. » Puis il ajoute : « Des sueurs généralisées avaient été signalées par Sydenham ; j'en ai rencontré quelques cas, et deux fois les malades m'ont affirmé ce phénomène singulier, qu'attestaient aussi leurs parents, qu'elles transpiraient en hiver et non en été ; il y a quelques jours à peine, la mère de l'une d'elles me disait : « Plus il fait froid, plus ma fille transpire. » Vous pourrez rencontrer aussi des sueurs localisées comme notre n° 3 nous en a présenté au pied droit à plusieurs reprises, mais pendant des périodes assez courtes. »

Enfin, conclut-il, les sueurs de sang, — dont nous parlerons bientôt, — ne sont pas rares chez les hystériques.

(1) Fabre, *L'hystérie viscérale*. Paris, 1883, p. 96.

M. Comby (1) a publié une observation dans laquelle il y avait alternance entre des sueurs profuses des extrémités supérieures et inférieures et des attaques de léthargie.

M. le professeur Raymond (2) a rapporté un cas dans lequel il existait, au sujet de la moindre émotion, des sueurs profuses des mains chez un hystérique mâle âgé de vingt-cinq ans; nous ajouterons que ce malade présentait en même temps un début de tuberculose pulmonaire.

*
* *

Les troubles que nous venons de décrire, et qui sont l'expression la plus banale des déterminations vaso-motrices de l'hystérie, surviennent spontanément et sont, pour ainsi dire, indépendants, comme localisation et comme évolution, de la volonté du sujet. Mais il n'en est pas tout à fait de même de l'*urticaire,* degré plus avancé du processus, dont il est inutile de donner une description objective détaillée au moins dans sa forme simple, que nous envisageons actuellement.

L'urticaire peut se montrer d'emblée; mais, comme dans certains cas les troubles vaso-moteurs s'accompagnent de sensations subjectives variables, parmi lesquelles nous notons le prurit, les malades ont de la tendance à faire des frictions sur la peau, à se gratter. L'urticaire survient alors sous cette influence, ainsi que l'a bien montré M. P. Raymond (*op. cit.*) dans sa deuxième observation. Elle s'accentue et persiste d'autant plus que les excitations cutanées directes sont plus considérables et plus longtemps prolongées.

Il serait intéressant, dans ces conditions, de déterminer la loi qui régit la localisation de ces troubles vaso-moteurs dans l'hystérie; mais, sous ce rapport, les documents nous font défaut. Il est certain que les lésions ortiées ou autres

(1) Comby, *Hystérie larvée, sueurs profuses des extrémités. Journ. de méd. et de chir. pratiques,* 1881, p. 344.

(2) F. Raymond, *Comptes rendus de la Soc. de Biol.,* 1881, p. 237-242.

paraissent surtout siéger sur les téguments qui présentent des troubles de sensibilité, anesthésie ou hyperesthésie; mais lorsque l'individu hémianesthésique, par exemple, y est sujet, il n'est pas moins certain aussi qu'on peut expérimentalement provoquer leur apparition sur les différentes parties, sur les deux côtés du corps. Il s'agit là d'une modalité morbide qui, à l'instar de la diathèse de contracture ou d'amyosthénie, appartient à l'organisme tout entier de l'hystérique. Dans un cas de Bourneville et Voulet (1), l'urticaire semblait cependant affecter d'une façon toute particulière le côté hémianesthésique.

Le plus souvent, ces troubles vaso-moteurs, presque toujours liés à l'attaque, sont éminemment transitoires. Mais, dans certains cas, on peut les voir, spontanés ou provoqués, persister pendant fort longtemps. C'est ainsi que, chez la femme dont M. Dujardin-Beaumetz a donné l'observation, les lettres tracées sur la peau mettaient douze heures à s'effacer.

La planche X d'une brochure de M. Berjon (2) nous montre le bras d'un homme portant inscrit deux fois le mot : « *Vive* », en caractères parfaitement nets qui persistèrent ainsi pendant plus de trois mois.

Nous verrons bientôt que les raisons de la persistance et aussi, souvent, de l'apparition de ces troubles vaso-moteurs *figurés* ou non doivent être cherchés dans l'état mental du sujet en observation.

*
* *

Les manifestations vaso-motrices, que nous avons étudiées correspondent à la première période du processus de la lésion ortiée si bien décrit par M. Renaut, à la *rougeur* qui va ou non jusqu'à l'*urticaire vraie*.

A un degré plus avancé survient « une diapédèse large aboutissant à l'*œdème congestif* » qui, dans d'autres cas, devient « l'œdème anémique ».

(1) Bourneville et Voulet, *De la contracture hystérique*, p. 40.
(2) Berjon, *La grande hystérie chez l'homme*, 1886.

Ces phénomènes se traduisent en clinique par l'*œdème bleu* et l'*œdème blanc* des hystériques, que nous décrirons maintenant, renvoyant pour plus de détails de physiologie pathologique aux passages déjà cités de M. Renaut.

Nous allons nous trouver en présence d'une manifestation plus sévère, plus tenace, plus profonde de la névrose que les troubles précédemment analysés. Notons, dans le même ordre d'idées, que l'œdème hystérique n'agit que rarement d'une façon isolée; il coexiste souvent avec une arthralgie, ou se superpose à une contracture ou à une paralysie accompagnée ou non d'atrophie musculaire.

Sydenham (1) a le premier signalé l'œdème hystérique, et sa description mérite d'être rapportée tout entière.

« L'affection hystérique, dit-il, ne s'en prend pas seulement à presque toutes les parties internes; elle attaque aussi quelquefois les parties externes et les muscles, savoir : les mâchoires, les épaules, les mains, les cuisses, les jambes; elle y cause tantôt une douleur et tantôt une *enflure* dont celle des jambes est la plus remarquable. On peut toujours observer deux choses dans l'enflure des hydropiques : c'est qu'elle est plus considérable le soir et que, quand on la presse fortement avec le doigt, l'impression y reste comme dans la cire molle. Au contraire, l'enflure des personnes hystériques est plus grande le matin, et, quand on la presse avec le doigt, il ne reste aucune marque. Le plus souvent aussi, l'enflure n'est qu'à une des jambes. Du reste, elle ressemble tellement à celle des hydropiques, soit par sa grandeur, soit par sa superficie, qu'on a bien de la peine à persuader aux personnes malades qu'elles ne sont pas hydropiques. »

Pour l'auteur anglais, l'œdème serait *blanc*, dur, unilatéral, plus accentué le soir que le matin, à l'inverse de ce qui existe à ce dernier point de vue dans l'œdème vrai ou hydropique.

On trouve dans Carré de Montgeron des faits indubi-

(1) *Médecine pratique de Sydenham avec des notes*, par feu M. A. Jault, nouv. édit., 5e partie. Avignon, an VIII, 1799, p. 479.

tables d'œdème hystérique. Il note la *teinte bleue* qui existait au niveau des membres paralysés de ce Philippe Sergent, dont nous avons déjà parlé au chapitre des tremblements et que nous retrouverons encore en traitant de l'atrophie musculaire.

L'observation de la demoiselle Coirin est un exemple de l'affection connue sous le nom de sein hystérique, dont le processus ressortit indubitablement, pour certains cas au moins, à l'œdème.

Peut-être faut-il faire également rentrer dans l'œdème l'observation de Marguerite Thibaut (1) qui, affectée d'une paralysie du côté gauche d'origine hystérique, présentait en même temps une « hydropisie » de ce côté et des membres inférieurs qui guérit subitement avec la paralysie sur le tombeau du diacre Pâris. Les ulcérations, qui étaient survenues au niveau des plis articulaires et d'où s'écoulait une sanie plus ou moins infectée, ne sont pas pour nous arrêter dans notre diagnostic, étant donné, comme nous le verrons, que le processus producteur de l'œdème peut parfaitement aboutir à des foyers de nécrose cutanée, à plus forte raison à des solutions de continuité au niveau des plis des jointures.

Brodie a donné une description de l'œdème hystérique qui montre combien était grande sa sagacité d'observation.

Il a étudié d'une façon toute particulière, ainsi que nous l'avons montré déjà (2), l'œdème qui coexiste avec une arthralgie et fait ainsi songer au rhumatisme articulaire. Il note avec beaucoup de raison que, dans ces cas, l'œdème tend à envahir le membre tout entier, ne se limitant plus seulement au pourtour de l'articulation au point qu'on pourrait penser, vu son apparence inflammatoire, qui est rare cependant, à établir le diagnostic avec un abcès ou un phlegmon. Guidé par la seule observation clinique, il arrive à l'interprétation physiologique du phénomène en disant qu'il ne peut « trouver de meilleure

(1) Carré de Montgeron, *op. cit.*, t. I, 2e démonstration. Cologne, 1745.
(2) Voir t. I, p. 239 et suiv.

comparaison que celle d'un bouton d'*urticaire* qui serait très étendu (1) ».

Enfin, il donne plus loin, en quelques lignes (p. 41), une excellente description de l'œdème blanc qui siège si souvent au niveau du poignet et du dos de la main ; il insiste sur sa ténacité et sur sa superposition à la paralysie ou à l'atrophie des muscles de cette région.

Il est singulier que Briquet n'ait pas mieux compris la signification de l'œdème, puisqu'il écrit, en parlant des arthralgies (*op. cit.*, p. 243) :

« Sir Brodie dit avoir vu, dans quelques cas, un gonflement assez notable de l'articulation douloureuse et même du membre inférieur où siégeait cette douleur. Ce gonflement général, d'après Brodie, s'étend bientôt à tout le membre; il est résistant et élastique; néanmoins des ponctions qui y ont été faites n'ont pas donné lieu au moindre écoulement de liquide. » Et il ajoute : « Je n'ai jamais observé rien d'analogue à ce gonflement, qui, s'il existe, doit être fort rare. »

Louyer-Villermay (2) rapporte pourtant l'histoire d'une demoiselle de cinquante ans, chez laquelle des accidents convulsifs alternaient avec un « engorgement au genou gauche » qui était incontestablement de nature hystérique.

L'œdème hystérique allait, d'ailleurs, traverser toute une période où, malgré d'excellentes observations éparses çà et là dans les recueils scientifiques, il ne réussissait pas à conquérir droit de cité dans la nosographie de l'hystérie.

Aug. Martin, en 1876, lui consacre un paragraphe de son excellente thèse; il distingue très nettement l'œdème qui entoure les arthralgies et l'œdème qui se superpose à la contracture et à la paralysie d'un membre, rapportant à ce dernier propos (p. 17) une observation de M. Charcot, consignée dans le mémoire de MM. Bourneville et Voulet

(1) Brodie, *Leçons sur les affections nerveuses locales, op. cit.*, trad. franç. de D. Aigre, p. 28.

(2) Louyer-Villermay, *Traité des maladies nerveuses*, 1816, t. I, p. 87.

sur la contracture hystérique permanente (*op. cit.*, p. 14).

En 1880, notre regretté maître Damaschino (1) en publie une observation des plus remarquables.

En 1883, Axenfeld et Huchard signalent l'œdème hystérique dans leur *Traité des névroses* (*op. cit.*, p. 1032).

En 1883, A. Fabre (2), professeur de clinique à l'École de Marseille, qui connaît parfaitement la description de Sydenham, donne la relation écourtée de deux nouveaux cas.

En 1884, Weir Mitchell (3) rapporte à son tour trois exemples de ce phénomène pathologique qu'il croit être le premier à décrire.

Weil le mentionne également dans le chapitre III de sa thèse inaugurale (4).

Mais tous ces cas restent isolés, sinon presque inconnus, jusqu'au jour où notre maître M. Charcot étudie, dans une de ses *Leçons du mardi* (t. I, 28 juin 1889), l'*œdème bleu* des hystériques et en établit nettement la signification nosographique.

La même année, nous exposons ses idées, rapportant avec M. Dutil de nouvelles observations dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* (5).

M. Charcot revient alors à plusieurs reprises (6) sur cet intéressant sujet, l'approfondissant chaque fois davantage, plaçant à côté de l'*œdème blanc* de Sydenham l'*œdème bleu* qu'il est le premier à décrire.

(1) Damaschino, *Des troubles trophiques dans l'hystérie. Gaz. des hôp.*, 1888, p. 561.

(2) Fabre, *Nouveaux Fragments de clinique médicale. L'hystérie viscérale.* Paris, Delahaye et Lecrosnier, édit., p. 100.

(3) Weir Mitchell, *Unilateral swelling of hysterical hemiplegia. The american Journal of mental science*, vol. LXXXVIII, Philadelphie, 1884, p. 94.

(4) Weill, *Contribution à l'étude clinique des œdèmes périphériques d'origine nerveuse.* Th. Paris, 1885, p. 48.

(5) Gilles de la Tourette et Dutil, *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie. Nouv. Icon. de la Salp.*, déc. 1889.

(6) Charcot, *L'œdème bleu des hystériques. Leç. recueillies* par G. Guinon. *Progrès médical*, n° 41, 11 oct. 1889. — *Ibid.*, *Clinique des maladies du système nerveux*, publiée par G. Guinon, t. I, 1892, p. 95 et suiv.

Trintignan en rapporte une nouvelle et fort intéressante observation (1), à laquelle nous joindrons les cas de Pitres (2), de Boix (3), celui de Gajkiewicz (4) observé à l'hôpital israélite de Varsovie, de Thibierge (5).

C'est de l'étude de ces faits que nous tirerons la description qui va suivre.

*
* *

L'œdème hystérique, quelque forme qu'il présente, survient indifféremment chez les hommes et chez les femmes. Il semble plus particulièrement l'apanage des adultes, étant donné que les phénomènes morbides auxquels il se superpose s'observent plus rarement chez les enfants.

Ce peut être, mais très rarement, comme dans un cas de Thibierge, un trouble isolé ; nous rappellerons, en effet, qu'il coexiste très fréquemment soit avec une arthralgie, soit avec une paralysie ou une contracture.

De ce fait, il est le plus souvent unilatéral, ainsi que l'avait remarqué déjà Sydenham, envahissant à la fois le bras et la jambe du même côté, comme dans deux observations de Weir Mitchell où il existait de l'hémiplégie et de l'hémiparésie gauche. Dans la première observation de cet auteur, l'œdème, bien que siégeant particulièrement sur le membre inférieur gauche et aussi sur le bras d'une façon permanente, envahissait d'une façon intermittente le tronc et le sein du même côté.

Le premier cas de Fabre fait exception à cette unilatéralité par la généralisation ou mieux par la dissémination

(1) Trintignan, *De l'œdème hystérique*. Th. Paris, 1890.

(2) Pitres, *Leç. clin. sur l'hystérie et l'hyp.*, 36e leçon, t. I, 1891.

(3) Boix, *Contrib. à l'étude de l'œdème bleu hystérique. Nouv. Icon. de la Salp.*, 1891, p. 65.

(4) Gajkiewicz, *Anal. in Arch. de Neurol.*, n° 67, janvier 1892, p. 113.

(5) Thibierge, *Bulletins de la Soc. franç. de dermat. et de syphiligr.*, Paris, 1892, p. 135-137. — *Id.*, *Un cas de pseudo éléphantiasis du membre supérieur chez une femme hystérique. Soc. méd. des hôp.*, 27 avril 1894. — Discussion.

de l'œdème. Dans le second, l'œdème coïncidait avec des troubles de la circulation pulmonaire du côté droit. Nous donnons, du reste, *in extenso* ces deux observations, vu la forme rare de la manifestation œdémateuse.

« Une autre hystérique, dit-il, m'a présenté à plusieurs reprises non plus un amincissement scléreux de la peau, mais un léger soulèvement de la peau déterminé par un œdème dur, peu abondant, apparaissant comme un faux embonpoint au visage, aux mains et sur divers points des membres, particulièrement au voisinage des articulations. Ce phénomène s'est reproduit plusieurs fois par périodes dont les unes ne duraient que quelques jours et les autres se prolongeaient davantage. La malade recevait alors sur sa bonne mine des compliments qu'elle acceptait avec d'autant plus de mauvaise grâce qu'elle disait éprouver de cet embonpoint simulé une gêne douloureuse et hors de proportion avec la bouffissure constatée; c'est que, sans doute, à ce trouble vaso-moteur se joignaient des troubles de sensibilité.

« Un œdème sous-cutané beaucoup plus manifeste occupait tout le membre inférieur droit chez une hystérique observée par nous il y a deux ans ; il coïncidait avec des troubles de la circulation pulmonaire, œdème ou congestion du même côté. Sydenham, qui avait signalé cet œdème hystérique, avait remarqué aussi son siège unilatéral. »

La malade de M. Damaschino fait également exception à cette règle de l'unilatéralité, qui ne trouve, en somme, sa raison d'être que dans ce fait que la paralysie ou la contracture se montrent surtout sous la forme hémiplégique ou monoplégique. A l'âge de vingt-trois ans, elle ressent des douleurs très vives dans les membres supérieurs frappés d'impotence et qui sont gonflés jusqu'aux épaules, sans rougeur vive ni réaction inflammatoire. Dix ans plus tard, elle entre, dans le service de notre maître, à l'hôpital Laënnec, pour une atteinte de paraplégie hystérique avec œdème des deux membres inférieurs.

De ces quelques faits on pourrait conclure qu'il existe une *forme généralisée* de l'œdème hystérique dont Carré de Montgeron aurait donné les deux premières observations relatives à Marguerite Thibaut et surtout à Marguerite-François Duchesne. « L'hydropisie générale », qui « suffoquait » cette dernière, appartenait certainement autant à un œdème généralisé hystérique qu'à du tympanisme de même nature, ainsi qu'on en peut juger par les figures de son ouvrage et par la description qui les accompagnent.

Nous avons eu, du reste, l'occasion d'observer avec MM. Larat et Gautier un exemple incontestable d'œdème hystérique généralisé, respectant toutefois la face, chez une dame hystérique, âgée de quarante ans, œdème blanc, dur, où le doigt ne laissait pas d'empreintes et dont les fluctuations étaient manifestement en rapport avec des paroxysmes hystériques.

*
* *

L'aspect des téguments qui sont le siège de l'œdème est variable (fig. 33). Sydenham avait noté la teinte *blanche* de la peau comme chez les hydropiques vrais. Damaschino et Gajkiewicz signalent la teinte *rosée* ou *rouge* du tégument externe.

Plus souvent encore, cependant, celui-ci prend un aspect bleuâtre, violacé; c'est l'*œdème bleu,* qui a été particulièrement étudié par M. Charcot.

La teinte de la peau est donc variable, mais surtout d'une personne à une autre. Si l'œdème peut subir, à la vérité, de grandes fluctuations d'intensité, particulièrement sous l'influence de l'attaque, il n'en est pas moins vrai que presque toujours le même individu fera son œdème de la même couleur, ou blanc, ou rose, ou violet. Si la couleur varie d'un sujet à un autre, c'est que le même processus entraîne probablement, suivant les sujets, des réactions différentes des capillaires cutanés. C'est un point de clinique qu'il importait de fixer.

Sydenham avait écrit que, à l'inverse de ce qui existe chez les hydropiques, l'œdème hystérique était plus marqué le soir que le matin. C'est une règle qui souffre encore de nombreuses exceptions, surtout si l'on tient compte,

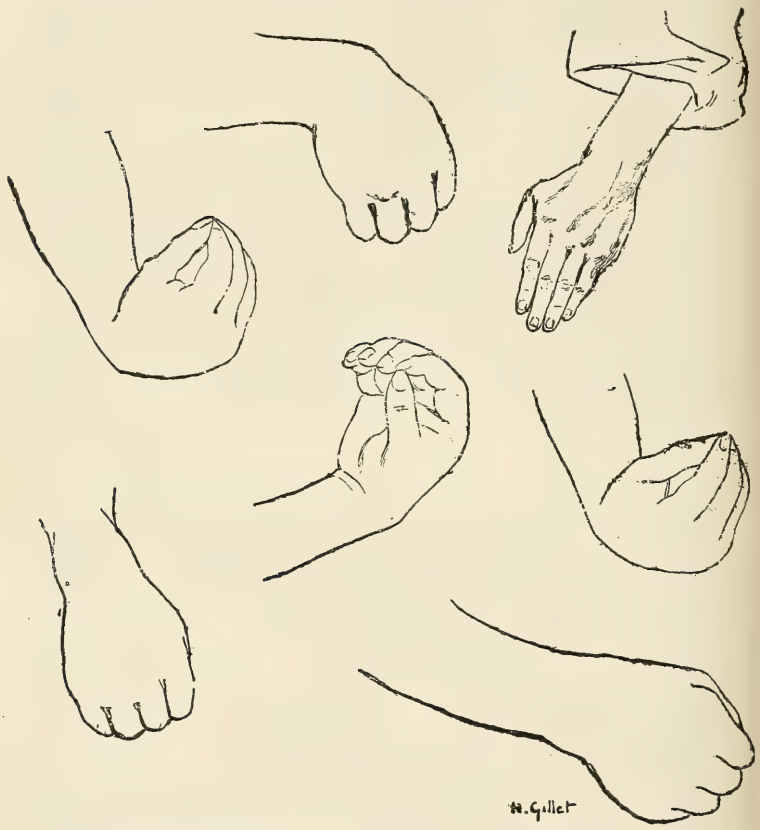


Fig. 33. — Divers aspects de la main droite œdémateuse. En haut, à droite, se voit comparativement la main gauche saine. (Boix.)

comme nous l'avons dit, de l'influence considérable que possèdent les paroxysmes sur l'intensité de l'œdème, influence qui va jusqu'à le faire apparaître spontanément et disparaître de même.

Dans tous les cas, qu'il apparaisse ou disparaisse

brusquement à la suite d'une attaque s'accompagnant ou non de contracture ou de paralysie passagère à laquelle il se superpose, qu'il s'installe définitivement autour d'une arthralgie ou sur un membre paralysé, c'est toujours un *œdème dur* à la surface duquel la pression forte du doigt ne laisse que peu ou pas d'empreinte. Du reste, ainsi que l'avait remarqué Brodie, les piqûres *in situ* ne laissent pas sourdre de sérosité : dans deux cas que nous connaissons et où une erreur de diagnostic fut commise, il ne sortit que du sang noir à la suite des incisions.

C'est un œdème régulier (1) envahissant toute la circonférence du membre, dont il peut augmenter le diamètre de cinq centimètres et plus (neuf centimètres, Thibierge) par rapport au côté opposé. Lorsqu'il siège sur les extrémités, il va en s'affaiblissant insensiblement par en haut pour se perdre au pourtour d'une jointure ou vers la racine du membre, sans ligne de démarcation tranchée. Cependant, dans le cas de Damaschino, on remarquait au niveau de la malléole externe de la jambe gauche « une tuméfaction de la grosseur d'un œuf, d'une couleur rose violacée, due à une localisation plus spéciale de cet œdème » ; c'était là une exception rare.

Dans le fait d'œdème généralisé que nous avons observé, les téguments abdominaux avaient triplé le volume à tel point que la malade paraissait enceinte.

L'impression que ressent la main de l'observateur qui palpe un membre atteint d'œdème hystérique est variable : ou la température périphérique semble normale, ou elle est diminuée (œdème bleu), ou elle est augmentée (œdème rose ou rouge).

Dans ces deux derniers cas, les différences de température, comparativement aux régions saines, sont parfaitement appréciables au moyen du thermomètre.

Chez une malade de M. Charcot, la température de la main gauche (côté sain) s'élevait à 28°,5 C., tandis que celle

(1) Du Cazal, *Soc. méd. des hôp.*, 8 février 1894.

de la main droite (côté malade) n'atteignait que 24°,3. Il y avait donc une différence de 4° entre les deux côtés.

Weir Mitchell avait déjà noté un abaissement de 3/4 de degré Fahrenheit.

Chez le malade de Trintignan observé dans le service de M. F. Raymond, l'œdème bleu siégeait sur le poignet, la main et les doigts du côté droit, dont les téguments présentaient par rapport au côté gauche un abaissement de température qui allait jusqu'à 10 ou 12 degrés centigrades.

Dans ces cas accentués, la peau est froide, sèche, et la teinte bleuâtre se parsème de marbrures violacées; elle devient « *presque noire* », dit M. Charcot.

Parfois, avons-nous dit, la teinte générale est rose ou rouge : la peau luisante comme dans le rhumatisme articulaire donne la sensation d'une élévation de température qui atteignait un degré dans le cas de Gajkiewicz et 2°,1 dans celui de Damaschino. L'œdème hystérique, quelque forme qu'il révête, s'accompagne presque toujours de troubles de sensibilité souvent très accentués.

Le membre atteint peut être le siège de douleurs spontanées fort vives; l'exploration révèle surtout que le tégument est atteint ou d'hyperesthésie dans les formes arthralgiques ou d'anesthésie, en particulier lorsque l'œdème se superpose à une paralysie ou à une contracture. M. Charcot a noté la thermoanesthésie, phénomène important, comme nous le verrons, au point de vue du diagnostic différentiel.

*
* *

La marche de l'œdème est variable; généralement il apparaît avec la contracture ou la paralysie, qu'il peut toutefois précéder; il s'établit en permanence avec les troubles moteurs, subissant de salternatives fréquentes d'augmentation ou de diminution. C'est là un de ses caractères les plus importants. S'il est en effet très tenace, on remarque aussi qu'il subit des fluctuations très accentuées sous l'influence de l'apparition ou de la disparition des règles,

d'une émotion morale un peu vive, etc. Il peut apparaître ou disparaître brusquement à la suite d'une attaque ; en deux heures, le membre qui en était indemne mesure 4 ou 5 centimètres de circonférence de plus que son congénère du côté opposé.

Dans ces conditions, on comprend qu'il soit difficile de préciser sa *durée;* cependant on peut dire que celle-ci est généralement longue ; deux ans dans un cas de Charcot; cinq ans et plus dans un cas de Brodie, où la contracture de l'avant-bras, à laquelle se superposait l'œdème, se termina par une atrophie des muscles. C'est donc, nous le répétons, une lésion fort tenace et dont la gravité se mesure surtout à celle de la manifestation principale, qu'elle accompagne presque toujours.

D'après les caractères que nous avons donnés, son *diagnostic* devrait être facile ; cependant il faut se rappeler que l'œdème hystérique n'est en réalité connu que depuis 1889, époque où M. Charcot l'étudia.

Lorsque l'œdème est rosé, qu'il coexiste avec une arthralgie, on peut penser au rhumatisme articulaire. On se basera sur ce fait signalé par Brodie que l'œdème n'est pas exactement limité à la jointure douloureuse, qu'il a une grande tendance à se diffuser à tout le membre dans des régions où les articulations sont indemnes. C'est ce qui existait chez une jeune fille de quinze ans que nous avons observée, et qui souffrait d'une arthralgie hystérique de l'épaule droite. Tout le membre supérieur était le siège d'un œdème à teinte bleue légère s'étendant jusqu'à l'extrémité des doigts. Elle n'en avait pas moins absorbé des quantités considérables de salicylate de soude pour cette arthralgie que plusieurs médecins avaient considérée comme étant de nature rhumatismale.

Dans un autre cas d'arthralgie hystéro-traumatique accompagnée d'œdème, observé par M. Charcot et publié par M. P. Blocq (1), l'application de topiques irritants n'avait

(1) Charcot. — *Arthralgie hystéro-traumatique du genou.* Leçon publiée par P. Blocq. *Progrès médical,* n° 4, 18 janvier 1888.

pas peu contribué à l'exagération de la tuméfaction cutanée et à la confusion dans le diagnostic. Par rapport au rhumatisme aigu, il ne faut pas oublier aussi que l'œdème hystérique, même rosé, évolue sans fièvre notable.

Dans une observation de M. Pitres (*op. cit.*, t. I, p. 482), l'œdème hystérique, douloureux, du membre inférieur gauche simulait une *phlegmatia alba dolens*.

Brodie insiste sur ce fait que « ce gonflement ne ressemble aucunement à celui qui accompagne un abcès ». Nous connaissons cependant deux cas où l'œdème hystérique fut traité comme une affection chirurgicale.

Une malade, dont l'observation a été rapportée par M. Castex (1), entra, « le 26 septembre 1876, dans le service de M. Trélat, à la Charité. Le pied, outre la déformation du pied bot-varus, présentait un gonflement douloureux et une rougeur qui remontaient jusqu'au tiers inférieur du membre. Une *incision fut pratiquée,* mais il ne sortit que du sang noir. »

La malade, atteinte de contracture et d'œdème hystérique, fut évacuée dans le service de M. Vulpian (2), qui publia également son observation.

M. Charcot (3) a rapporté le fait suivant : « Une jeune fille de dix-sept ans fut prise, sans cause appréciable, d'un gonflement assez considérable de la cuisse et de la jambe droites. Il s'agissait d'une tuméfaction dure, ne gardant pas l'empreinte du doigt, de coloration bleu clair. Un chirurgien, croyant, paraît-il, à une affection du périoste, fit deux longues incisions au niveau de la jambe. Je n'ai pas besoin de dire, ajoute notre maître, qu'on ne trouva pas la moindre trace du pus; il s'écoula seulement un peu de sang. Il n'y avait d'ailleurs point de fièvre, pas d'état général grave, et la jeune malade ne souffrait même en

(1) Castex, *Troubles nutritifs de la peau observés chez une hystérique. France méd.*, 1877, p. 674.

(2) Vulpian, *Clinique médicale de la Charité*, 1879, obs. CLVII.

(3) Charcot, *Clinique des mal. du syst. nerveux,* t. I, 1892, p. 90, publiée par G. Guinon.

aucune manière. C'était, en effet, un simple œdème bleu hystérique pour lequel toute intervention chirurgicale était au moins superflue. »

Notre ami, M. Tuffier, chirurgien des hôpitaux, nous a communiqué l'observation d'un homme qu'on avait dirigé dans son service pour un œdème rosé de la main gauche dont il reconnut la nature hystérique (1).

M. Charcot (2), présentant à sa clinique un homme atteint d'œdème bleu s'accompagnant de thermoanesthésie et dont la nature hystérique n'était pas douteuse, mettait ses auditeurs en garde contre la confusion avec des troubles assez analogues qu'on peut observer dans la syringomyélie.

« Remak (3) et Roth (4), disait-il, signalent dans cette dernière affection une certaine bouffissure, un œdème indolent, accompagnés d'une teinte violacée ou rougeâtre plus ou moins foncée des téguments avec abaissement de la température. Cet œdème occupe plus particulièrement le dos des mains, qui présente alors de l'analgésie et de la thermoanesthésie. Vous comprenez par là qu'un œdème du dos de la main, présentant les caractères de l'œdème bleu et accompagné de troubles de la sensibilité, pourra, dans certaines circonstances, simuler l'hystérie ou être simulé par elle suivant les cas. Cette difficulté du diagnostic est encore rendue plus grande si, étant donné qu'il s'agissait d'hystérie, vous trouvez chez votre malade la dissociation de l'anesthésie qui paraît être un des caractères cliniques les plus importants de la syringomyélie, mais peut cependant se rencontrer, ainsi qu'on le sait, dans l'hystérie. C'est précisément ce qui est arrivé chez le malade que vous avez maintenant sous les yeux. »

Là où la difficulté serait beaucoup plus grande, c'est si l'hystérie s'associait chez le même individu à la syringo-

(1) Gilles de la Tourette et Dutil, *Nouv. Icon. de la Salp.*, décembre 1889, obs. II, *op. cit.*

(2) Charcot, *Clin. des mal. du syst. nerveux*, t. I, p. 105.

(3) Remak, *Berl. klin. Wochensch.*, 1889, n° 3.

(4) Roth, *De la gliomatose médullaire. Arch. de Neur.*, 1888.

myélie, ainsi que nous en avons vu plusieurs cas à la Clinique de la Salpêtrière (1). M. Charcot établit encore le diagnostic de l'œdème bleu avec l'asphyxie symétrique des extrémités ou maladie de Raynaud, en des termes que nous sommes trop heureux de reproduire.

« Celle-ci, dit-il, présente avec l'œdème bleu certaines relations et quelques analogies, telles que la coloration des téguments, l'anesthésie, l'abaissement de la température. Mais le siège de l'asphyxie des extrémités est au niveau du nez, des oreilles et des doigts, et toujours symétriquement, ce que nous n'avons jamais rencontré dans l'œdème bleu des hystériques. De plus, la maladie de Raynaud procède d'une façon progressive et non subite, toujours la même. Les phénomènes de syncope locale surviennent d'abord, puis l'asphyxie locale symétrique et enfin la mortification des parties. »

Il ne faut pas oublier toutefois que les phénomènes d'asphyxie locale des extrémités s'observent fréquemment chez les hystériques et peuvent même coïncider avec l'œdème, comme dans un cas de Pisarzewski (2).

Les diagnostics différentiels dont nous venons de parler sont relativement faciles à établir, mais il n'en est plus de même dans ces cas d'*œdème aigu de la peau* (Quincke, 1882), d'œdème *angio-neurotique* (Strübing, 1885), sur lesquels ont plus récemment insisté Minich (3), Börner (4), Widowitz (5), Mumford (6), Cavazzani et

(1) Voir t. I, p. 356 et suiv.

(2) Pisarzewski, *Ein Fall von dem sog. hyst. OEdem und der symmetrischen Gangrœn der unteren Extremitäten; Raynaud's Krankheit. Gazeta lekarska*, n° 16, 1894. *An. in Neur. Centr.*, 15 août 1894, p. 597.

(3) Minich, *Sull' edema acuto da angionevrosi. Gazz. degl. ospitali*, avril 1887.

(4) Börner, *Ueber nervöse Hautschwellungen als Begleiterscheinungen der Menstruation und des Klimax. Sammlung klinischer Vorträge* (Volkmann), n° 312, 1888. L'auteur est trop préoccupé de rapporter à des troubles menstruels ce qui appartient peut-être à l'hystérie.

(5) Widowitz, *Zwei weitere Fälle eines neuropatischen OEdems bei Kindern, in Jahrbuch fur Kinderheilkunde*, Bd XXIX, H. 3 et 4, p. 388, 1889, sont des cas d'œdème par refroidissement chez des enfants.

(6) Mumford, *Angioneurotic œdema. Brit. med. Journ.*, n° 10, 1891.

Moretti (1), Simon (2), Wills et Cooper (3), et dont M. Courtois-Suffit (4) a fait l'objet d'un article analytique.

La caractéristique de cet œdème serait l'envahissement de la face, dont nous ne connaissons pas d'exemple dans l'hystérie, sauf le cas de Fabre et un autre de Wills et Cooper (obs. I); la coïncidence de l'œdème de la peau avec celui des muqueuses de l'arrière-bouche et du larynx, enfin des symptômes variés du côté du tube digestif.

A notre avis, rien n'est moins établi comme entité morbide que l'œdème aigu de Quincke, et certainement plusieurs des faits qu'on lui attribue doivent être reportés dans le domaine de l'hystérie. Dans tous les cas, un grand nombre de ces observations gagneraient à être plus approfondies que celles publiées récemment, par exemple, par Allen Starr (5).

Toutes ces considérations feront mieux comprendre encore les paroles suivantes que M. Charcot adressait à ses auditeurs de la Salpêtrière (6) : « L'œdème bleu des hystériques, Messieurs, mérite d'attirer votre attention. Mettez-vous bien dans l'esprit et dans les yeux l'histoire et les caractères de cet accident de la névrose encore inconnu hier et qui prêterait tant à confusion si on ne le connaissait pas parfaitement. »

*
* *

Après avoir exposé la physiologie pathologique de l'œdème, M. J. Renaut ajoute : « Dans ces conditions, on

(1) Cavazanni et Moretti, *Sull' edema acuto da angionevrosi. Gazz. degl. ospitali,* 14 juin 1892, n° 71, p. 662.

(2) Simon, *Acute angio-neurotic œdema. The John's Hopkins hospital Reports,* août 1891, n° 6, p. 339.

(3) Wills et Cooper, *Angio-neurotic œdema,* Brain, 1893, autumn. part., p. 382; 5 cas dont plusieurs appartiennent à l'hystérie.

(4) Courtois-Suffit, *Œdème aigu de la peau. Rev. générale. Gazette des hôp.*, 30 août 1890, n° 99.

(5) Allen Starr, *Localized transient œdema. The New-York med. Journ.*, 17 sept. 1892, p. 309.

(6) *Clinique des maladies nerveuses,* t. I, *op. cit.*, 1892, p. 107.

voit même parfois l'épiderme céder à la haute pression intradermique propagée dans tous les sens, d'où l'*urticaire bulleuse,* qui n'est point rare. »

Cliniquement, nous allons voir maintenant que les *éruptions cutanées* qui naissent sous l'influence de l'hystérie revêtent presque toujours le caractère bulleux, pustuleux ou vésiculeux, le pemphigus pouvant être en somme considéré comme le type de l'élément éruptif dans la névrose.

Pour le pemphigus, le rôle des vaso-moteurs est indéniable; mais pour l'éruption vésiculeuse, on peut discuter. En effet, en ce qui regarde le zona, par exemple, M. Vulpian (1) refuse aux vaso-moteurs une influence directe dans le mécanisme de sa production. « La congestion est secondaire et non primitive, dit-il, ou du moins, si elle existe déjà à un faible degré au début de l'éruption, elle ne devient tout à fait vive qu'au moment où cette éruption est en pleine effervescence. »

Passons outre à l'interprétation et voyons les faits cliniques. Le *pemphigus,* avons-nous dit, est l'éruption le plus souvent notée dans l'hystérie; étudions-le particulièrement.

Dans une observation recueillie par Boerhaave (2), il est question d'une jeune fille de dix ans manifestement hystérique qui présenta, à un moment donné, une douleur tensive du bras droit, lequel se couvrit de *pustules* d'où bientôt il jaillit du sang rutilant; toutes ces pustules disparurent sans laisser de traces.

Cette observation est à rapprocher de celle de Louise Lateau, que nous aurons l'occasion de longuement analyser et dans laquelle les *ampoules* étaient précédées également de douleurs vives *in situ.* C'est au niveau des ampoules qu'avaient lieu les hémorragies cutanées.

Un des premiers cas dans lesquels le pemphigus paraît avoir été noté dans l'hystérie, est le suivant, emprunté à

(1) Vulpian, *Leçons sur les vaso-moteurs,* t. II, p. 556.

(2) Cité par Parrot, *Étude sur les sueurs de sang et sur les hémorragies névropatiques. Gaz. hebd.,* Paris, 1859.

Louyer-Villermay (1), qui le rapporte lui-même de seconde main.

« Le docteur Jacquemin, dit-il (*Journ. génér. de méd.*, t. XXX, p. 264), a recueilli le fait très singulier d'une jeune demoiselle sujette à des convulsions hystériques, qui a eu trois ou quatre fois une éruption de vésicules sur l'avant-bras et la poitrine, de la grosseur d'une châtaigne, lesquelles ont formé, en s'ouvrant spontanément, une plaie semblable à celle des vésicatoires. Il paraît, ajoute l'auteur, que ce pemphigus était héréditaire. »

Peut-être n'est-il pas tout à fait légitime de considérer, dans le cas de Jacquemin, le pemphigus comme une manifestation directe de l'hystérie; on semble toutefois y être autorisé par la fréquence de cet élément éruptif dans les travaux qui vont suivre. L'action directe de la névrose y apparaîtra le plus souvent indéniable.

Presque à la même époque que Louyer-Villermay, J. Frank, dans son *Traité de pathologie médicale,* s'exprime ainsi qu'il suit : « Le pemphigus, comme beaucoup d'autres exanthèmes, peut dépendre de l'influence du système nerveux; ce que prouve le *pemphigus hystérique.* »

A partir de ce moment, l'existence du pemphigus comme manifestation de l'hystérie devient pour ainsi dire de notion courante. C'est ainsi qu'il nous faut signaler les travaux et les observations des auteurs suivants, dont plusieurs sont tout à fait contemporains : Schultze, Gignoux, Hebra, Landgraf, Betz, Courbis, Mermet, Leloir, Franceschi, F. Raymond, Richardière, du Castel, etc. (2).

(1) Louyer-Villermay, *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs.* Paris, 1816, t. I, p. 111.

(2) Schultze, *Observat. et disquisit. path. et clin. circa pemphigum hystericum.* Berlin, 1840. — Gignoux, *Des éruptions par névrose vasomotrice. Mém. et comptes rendus de la Société des sciences méd. de Lyon,* 1864-1865, p. 86. — Hebra, *Traité des maladies de la peau.* Trad. franç., 1872, p. 824. — Landgraf, *Ein Beitrag zur Casuistik der Hautkrankheiten auf deren vasomotorischen Genese. Arch. d. Heilk.,* 1875, p. 344. — Betz, *Pemphigus, eine vaso-motorische Neurose. Inaug. Dissert.,* Greifswald, 1876. — Courbis, *Éruption pemphigoïde chez une hystérique. Lyon médical,* n° 3, 1876. — Mermet, *Du pemphigus dans les névroses.* Th. Paris, 1877.

Nous rapprochons de la bulle du pemphigus la vésicule de l'herpès se présentant parfois sous forme de zona et dont Castex (1), Féré (2), Kaposi (3) ont relaté plusieurs faits appartenant d'une manière incontestable à la névrose.

En matière d'hystérie, la bulle de pemphigus et la vésicule d'herpès ne font qu'un. Toutes deux sont des manifestations d'un même processus qui, nous le savons, commence à l'érythème, se continue par l'œdème et peut se terminer par un extravasat qui soulève l'épiderme sous forme de bulle, vésicule ou autre figuration morbide.

La meilleure preuve de ce que nous avançons, c'est que le pemphigus et l'œdème peuvent se superposer, comme dans une observation de Noguès (4), où le membre inférieur gauche atteint de contracture était en même temps le siège et d'un œdème et d'une éruption bulleuse.

Ainsi, dans un cas de Gauthier (5), il existait chez une malade atteinte de chorée rythmée hystérique, en même temps ou successivement : de l'érythème, des vésicules herpétiques ou eczémateuses et des bulles de pemphigus.

C'est pourquoi nous ne nous attarderons pas à donner une description minutieuse de l'élément éruptif constitué

— Leloir, *Recherches cliniques et anatomo-path. sur les affections cutanées d'origine nerveuse.* Th. Paris, 1882, p. 97, obs. XXIX. — Franceschi, *Du pemphigus chez les hystériques.* Th. Paris, 1883. — F. Raymond, *Ecchymoses et éruptions pemphigoïdes de nature hystérique. Soc. méd. des hôp.*, 26 déc. 1890. — Richardière, *Troubles trophiques cutanés dans l'hystérie. Soc. méd. des hôp.*, 13 mars 1891. — Du Castel, *Union médicale*, n° 13, 2 août 1894.

(1) Castex, *Troubles nutritifs de la peau observés chez une hystérique. France méd.*, 1877, p. 264. Même obs. dans Vulpian, *Clinique médicale de la Charité*, 1879, obs. CLVII, *op. cit.*. Il s'agissait surtout de petites vésicules de miliaire.

(2) Féré, *Zona hystérique, in Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie. Archives de Neurologie*, 1882, p. 167.

(3) Kaposi, *Uber atypischen Zoster gangrænosus und Zoster hystericus. Vierteljahs. für Dermat. und Syphilis*, 1889, Heft 4.

(4) Noguès, *OEdème bleu hystérique avec éruptions pemphigoïdes. Annales de la Polyclinique.* Toulouse, avril 1892.

(5) A. Gauthier, *Des éruptions cutanées chez les hystériques, op. cit.*, obs. VII, p. 32. Même obs. : Roques, *Soc. nat. de méd. de Lyon*, 4 juillet 1892. *Lyon méd.*, p. 398, 1892.

par la bulle de pemphigus ou la vésicule d'herpès, à moins toutefois que ces manifestations ne présentent des particularités dignes d'être notées. Il est beaucoup plus intéressant de montrer les relations qui, dans certains cas, les unissent à l'hystérie.

A l'inverse du zoster, beaucoup plus rare, l'éruption pemphigoïde, bien que pouvant être localisée d'une certaine façon comme chez Louise Lateau, où elle simulait les lésions produites par une couronne d'épines, est souvent généralisée ou mieux disséminée.

Elle peut siéger, de même que l'éruption vésiculeuse simple, à la face (Mermet), sur le tronc (Gignoux) et surtout sur les membres atteints ou non d'œdème (Noguès). Le nombre des bulles est donc variable; il en est ainsi de leur volume. Dans le cas de Frank, la bulle unique était grosse comme un œuf de poule. Dans celui de Louyer-Villermay, les bulles, plus nombreuses, atteignaient le volume d'une châtaigne.

L'éruption simplement vésiculeuse peut-elle aussi reposer sur un fond d'œdème comme dans les faits de Castex et de Mermet? Cela paraît probable.

L'évolution de ces éruptions est généralement rapide : sauf certains cas sur lesquels nous reviendrons, les bulles ne laissent pas de cicatrices : en se désséchant, elles forment des croûtes squameuses qui tombent et sont remplacées *in situ* par des macules bleuâtres parfois longtemps persistantes.

Rien de particulier à dire de l'éruption du zona, au moins dans les cas ordinaires.

Le mode d'apparition de ces éruptions mérite une étude particulière, car on peut en tirer les présomptions les plus sérieuses en faveur de leur nature, étant donné que les sujets hystériques peuvent parfaitement présenter du pemphigus ou de l'herpès, sans que celui-ci soit, on le comprend, le moins du monde attribuable à la névrose.

Très souvent l'éruption est liée à un paroxysme. Dans le cas de Féré, l'éruption d'herpès zoster coïncidait mani-

festement avec l'exaltation d'une zone hystérogène, et c'est le long des irradiations de cette zone dorso-lombaire qu'apparaissaient les vésicules.

Chez Louise Lateau, les *ampoules* se montraient avec les phénomènes prémonitoires d'une attaque qui, se prolongeant, revêtait tous les caractères d'un état de mal à forme extatique.

Dans un cas du service de M. le professeur Fournier dont nous reparlerons, l'éruption d'un genre assez spécial était précédée et accompagnée des phénomènes caractéristiques de l'attaque, avec laquelle elle était en relations directes.

D'autres fois, c'est sous l'influence d'émotions morales vives, de changements du caractère, équivalents psychiques du paroxysme, que survient l'éruption.

Dans presque tous les cas, elle est en outre précédée ou accompagnée de douleurs très vives, irradiant dans les membres sur le trajet d'un nerf, le sciatique par exemple : sensations de cuisson, de brûlure, d'hyperesthésie extrême du tégument.

Comme assez souvent l'éruption procède par poussées successives au moins pour le pemphigus, l'apparition de douleurs bien connues des malades permet à ceux-ci d'annoncer la venue prochaine de la lésion cutanée.

C'est en se basant sur cet ensemble symptomatique que le diagnostic pourra s'établir sur des bases réelles, joint que les sujets sont le plus souvent des hystériques avérés porteurs de stigmates sensitivo-sensoriels.

Il est difficile de dire, d'après le nombre restreint des observations dans lesquelles la remarque en a été faite, si l'éruption se montre particulièrement sur le côté hémianesthésique. Ce que l'on peut affirmer par contre, c'est que les territoires cutanés qui vont en être le siège présentent presque toujours, avant et pendant l'éruption tout au moins, des troubles de sensibilité subjective ou objective.

*
* *

Nous avons dit que l'évolution de l'élément éruptif en tant que manifestation objective ne différait pas généralement, dans l'hystérie, de ce que l'on observe dans le pemphigus ou dans le zoster communs.

Il n'en est pas toujours ainsi. Nous verrons bientôt que le pemphigus sert quelquefois d'exutoire aux hémorragies cutanées si intéressantes de l'hystérie.

En ce qui regarde l'herpès, Kaposi (*loc. cit.*) a observé quatre malades hystériques chez lesquels il constata l'existence d'une affection cutanée qu'il désigne sous le nom d'*herpès zoster gangréneux hystérique* et qu'il considère comme un trouble vaso-moteur ou trophique sous la dépendance directe de la névrose.

La lésion différait du zoster ordinaire par ses récidives répétées, sa bilatéralité ; dans toutes les observations, elle siégeait sur le trajet du nerf spinal ou du trijumeau. La forme en efflorescence de l'éruption la fit considérer comme *atypique;* la nécrose partielle des tissus lui valut probablement le nom de *gangréneuse.*

Chez une malade de dix-huit ans dont nous avons communiqué l'observation à M. Bruchon, qui l'a rapportée dans sa thèse inaugurale (1), nous avons noté une éruption tenant le milieu entre l'herpès et le pemphigus siégeant aux mains et aux jambes, à la main droite au moins, sur un fond d'œdème hystérique, et qui laissa à sa suite des cicatrices étoilées et un peu chéloïdiennes persistantes, indices d'un sphacèle superficiel de la peau.

*
* *

A côté des éruptions vésiculeuses, du zona, nous placerons l' « eczéma hystérique », à propos duquel M. Fabre (*op. cit.*) s'exprime ainsi qu'il suit :

(1) Bruchon, *Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac.* Th. Paris, 1894, obs. XXX, p 62.

« Je n'en ai observé ou reconnu qu'un seul exemple : il a persisté pendant plus d'un an et il occupait exclusivement l'oreille gauche. Était-ce bien là un eczéma hystérique ? A cette question je réponds : Je n'ai jamais observé, dans d'autres maladies ou sous d'autres influences, l'eczéma d'une seule oreille persister pendant plus d'un an sans envahir d'autres points et surtout l'oreille du côté opposé ; ensuite cet eczéma, qui avait eu une période d'état très prolongée, eut une période de déclin très rapide. Enfin, chez cette fille éminement hystérique, l'eczéma apparut entre des hématémèses et divers phénomènes d'hystérie convulsive auxquels il succéda et des troubles intellectuels de nature hystérique qui lui succédèrent. »

M. Forbes (1) a, lui aussi, observé un cas d'eczéma chronique qu'il croit être en rapport avec « l'hystéro-psychopathie », chez un homme de soixante-douze ans ; mais ce cas entraîne peu notre conviction.

M. Leloir (2) a publié l'observation d'une femme de vingt et un ans, chez laquelle évolua, sur le membre inférieur gauche atteint de contracture, un œdème douloureux avec rougeur et chaleur qui servit de fond à des poussées d'éléments éruptifs : vésiculeux rappelant l'eczéma, papuleux rappelant l'urticaire, dont l'apparition avait été précédée de douleurs locales très vives. La même malade devenue paraplégique présenta une eschare du sacrum, phénomène rare dans les paralysies hystériques des membres inférieurs.

Nous rapprocherons ce fait de celui de Gauthier et Roques dont nous avons déjà parlé et dans lequel il existait des vésicules d'eczéma et des bulles de pemphigus.

En considérant les cas de Leloir et de Gauthier, on voit que la pathogénie de l'eczéma hystérique est identique à

(1) Forbes, *Notes on a case of chronic eczema associated with the development of certain nervous symptoms (hystero-psychopathy). The Lancet*, 13 juillet 1893, p. 134.

(2) Leloir, *op. cit.*, obs. XXXIV, p. 158.

celle de l'œdème et du pemphigus, en un mot, relève de la diathèse vaso-motrice dont les effets se faisaient si manifestement sentir dans le cas suivant d'Oulmont et Touchard (1), où il existait également de l'eczéma.

Ces auteurs ont, en effet, rapporté l'observation d'une femme de quarante-cinq ans qui présentait, comme ils le disent, une « véritable synthèse des principaux troubles trophiques dans l'hystérie ».

C'est d'abord une atrophie musculaire portant sur le côté gauche, atteint d'hémiplégie avec contracture plus accentuée à la jambe, puis des manifestations multiples de la diathèse vaso-motrice : œdème bleu de la jambe gauche, « troubles vaso-moteurs très marqués d'un côté du corps (à gauche), caractérisés par une sudation tellement abondante que la malade était obligée de se tenir le bras et la jambe hors du lit au moment où survenaient ces crises. Du côté de l'intestin, des *diarrhées séreuses* arrivant par accès, résistant à tous les moyens thérapeutiques employés et à la diète la plus complète..., enfin des troubles persistants du côté de la main contracturée, à savoir : la *macération* de l'épiderme et la paume de la main constamment baignée de sueur, la *rougeur* et la *friabilité* particulière du derme qui se laisse déchirer au moindre effort, les *poussées d'eczéma* surtout marquées aux plis de flexion, les *déformations des articulations des phalanges* persistant après la disparition de la contracture et dus sans doute aux rétractions tendineuses et fibreuses qui se sont produites consécutivement, et enfin l'*ébranlement* et la *friabilité* particulière des ongles qui sont recourbés à leur partie inférieure et ont perdu leur brillant propre. »

N'empêche que les manifestations vésiculeuses ou eczémateuses sont assez rares dans l'hystérie, surtout si on les compare aux éruptions bulleuses ou pemphigoïdes.

(1) Oulmont et Touchard, *Contrib. à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie. La méd. mod.*, n°s 7, 8, 12 et 19 février 1891.

*
* *

Dans le cas que nous avons communiqué à M. Bruchon, il est dit que les bulles de pemphigus laissaient après elles des cicatrices persistantes légèrement froncées, indices d'un certain degré de sphacèle de la peau.

Cette question de la *gangrène de la peau* chez les hystériques est tout à fait à l'ordre du jour. Nous ne parlons pas, dans la circonstance, des eschares sacrées qui peuvent survenir chez certains individus affectés de paraplégie hystérique, ni de celles qui, multipliées chez Anne Augier (1), pourraient à la rigueur s'expliquer par un décubitus prolongé.

Nous envisageons surtout ces gangrènes de la peau à foyers généralement multiples se montrant pour ainsi dire spontanément, sans qu'un mauvais état général évident, sans qu'une cause locale déterminée puissent en expliquer l'apparition.

Il n'est pas douteux que l'affection décrite par M. Raynaud sous le nom de *gangrène symétrique des extrémités* ne s'observe fréquemment chez des sujets hystériques, mais ici les lésions gangréneuses sont très limitées et très superficielles; on verra qu'il n'en est pas de même dans les faits qui vont suivre.

Un des premiers cas dans lesquels cette gangrène cutanée ait été notée, nous paraît être celui de Marguerite Thibaut, rapporté par Carré de Montgeron (2) et dont nous avons déjà parlé.

Rappelons que cette malade était atteinte d'un œdème hystérique presque généralisé, puisqu'il s'étendait à tout le corps, sauf au bras droit et à la face, autant que nous en pouvons juger par la description et les figures qui l'accompagnent.

Les médecins « déclarent que son hydropisie est un

(1) Carré de Montgeron, *op. cit.*, t. II, 1re démonstration.
(2) *Id.*, *La vérité des miracles*, *op. cit.*, t. I, 2e démonstration.

œdème phlegmoneux ; ils observent que le volume immense de ses jambes et de ses pieds surpassoit plus de trois fois la grosseur naturelle de ces parties ; ils remarquent que les doigts de sa main gauche étoient roides, gonflés, inflexibles et entourés de *crevasses ulcérées* ». De plus, il existait au niveau du pli du bras gauche « une playe large d'un pouce ».

Il est à remarquer que ces plaies siégeaient surtout sur le côté gauche, atteint d'une hémiplégie qui récidivait pour la deuxième fois.

Tous ces phénomènes : hémiplégie, œdème et ulcérations, guérirent subitement sur le tombeau du diacre Pâris. Comme il existait encore d'autres plaies aux plis des cuisses en particulier, le ventre étant très œdématié, peut-être ne faut-il voir là qu'une sorte d'intertrigo ulcéreux d'origine banale? L'œdème hystérique lui aurait donné naissance, comme eût pu le faire tout autre œdème.

Examinons surtout les faits récents. M. Leloir (1) a publié, en 1882, l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, chez laquelle l'hystérie fut diagnostiquée par M. Charcot et qui, pendant trois ans, présenta sans interruption, pour ainsi dire, presque tous les huit jours, des phénomènes de grangrène multiple du tégument cutané. Les plaques de sphacèle siégeaient sur la face, au niveau de la région parotidienne ou sous-maxillaire et particulièrement sur les membres. Leur apparition était précédée de phénomènes locaux très douloureux, puis la peau devenait *in situ* tout à fait analgésique. Alors, avec ou sans changement préalable de coloration du tégument, se montrait spontanément une lésion gangréneuse. La chute de l'eschare, survenue généralement au bout de quinze jours à trois semaines, était suivie d'une ulcération dont la cicatrice devenait chéloïdienne, terminaison fréquente, ajouterons-nous, des lésions gangréneuses de la peau chez les hystériques.

(1) Leloir, *op. cit.*, obs. XXX, p. 117, 1882.

Nous avons dit que, pendant trois années qu'elle fut observée, la malade, dont l'état général était satisfaisant, ne passa pas huit jours sans voir apparaître une eschare dont le diamètre mesurait parfois jusqu'à cinq centimètres. Tous les traitements échouèrent.

Les diagnostics portés furent très divers. M. Leloir, sans se prononcer, se borna à constater le fait et le dénomma « plaques gangréneuses cutanées, superficielles, en rapport avec une lésion du système nerveux ». Et, bien que la malade fût manifestement hystérique, on ne songea pas à attribuer ces phénomènes à la névrose, de laquelle ils ne dépendaient peut-être pas du reste.

Kaposi (1) a cependant donné une description de la gangrène spontanée des hystériques telle qu'en la lisant, on se croit véritablement en présence de la malade observée par M. Leloir.

« Il faut encore penser, dit-il, aux cas désignés sous le nom de *gangrène spontanée des hystériques ;* j'ai eu ces derniers mois une malade dans mon service, et je possède en outre une observation bien nette d'un cas pareil, due au Dr Otto Kalb de Thalmassing (Bavière).

« Il s'agit généralement de jeunes personnes du sexe féminin, avec ou sans signes d'anémie et d'hystérie.

« Sur une partie bien limitée de la peau du tronc ou des membres se produit subitement la sensation de brûlure. La malade remarque une tache de la grandeur d'une pièce d'un franc à celle de cinq francs, la peau y est légèrement colorée en rouge et proéminente, elle peut être aussi blanche comme l'albâtre.

« Après quelques heures, la peau change de couleur, elle devient bleu foncé, vert brun; elle est rugueuse et comme du cuir, elle présente l'apparence qu'elle a après les brûlures par l'acide sulfurique.

« La cicatrice tombe, et il reste une plaie hypertrophique. Pendant ce temps, le même processus se reproduit

(1) Kaposi, *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten,* 3e édit., 1887, p. 378-379.

dans d'autres endroits avec des intervalles de quelques jours ou semaines, et apparition de mêmes phénomènes : douleur, rougeur, gangrène locale bien limitée, et plaie hypertrophique. Le processus dure des semaines et des mois, et même des années, et cesse après complètement. »

On ne saurait être ni plus affirmatif ni plus précis.

En 1889, M. Carrel, alors élève du service de la *Clinique,* nous communiqua le fait suivant, recueilli par un de ses amis dans un hôpital de la Suisse :

« Il s'agit d'une jeune fille notoirement hystérique, chez laquelle il se produit de temps à autre, à des places variées, une gangrène spontanée de la peau ; lorsque c'est la figure qui en est le siège, il n'y a guère que les couches profondes de l'épiderme qui soient atteintes, par contre lorsque la gangrène se montre aux extrémités, le derme est envahi également; les places atteintes guérissent sans laisser de cicatrices lorsqu'elles se trouvent à la figure; tandis qu'aux extrémités il reste des cicatrices qui deviennent plus ou moins hypertrophiques avec le temps.

« Cela commence par une rougeur de la peau qui est également plus chaude qu'à l'état normal; puis les parties centrales pâlissent, et la peau devient gangreneuse depuis le centre vers la périphérie; ce ne sont pas les couches superficielles qui meurent les premières. Les phénomènes sont intéressants à étudier, étant donné surtout que le processus marche très rapidement. »

On remarquera encore une fois combien cette observation présente d'analogies avec celles de Leloir et de Kaposi.

En 1881, au Congrès de Londres, M. Sangster (1) rapporta l'observation d'une jeune fille, âgée de treize ans lorsqu'il la vit pour la première fois, et qui, depuis trois ans, ne cesse pas, dit-il, de présenter sur l'avant-bras gauche à sa face postérieure, et sur la main, une série de

(1) Mac Cormac, *Transactions of the seventh session of the Intern. med. Congres.*, Londres, 1881, t. III, p. 184. *A case of supposed neurotic excoriation.*

plaques gangreneuses à eschare pelliculaire recouvrant des papules d'érythème. Kaposi, présent à la session, attribua ces lésions à l'*urticaire bulleuse*.

La jeune fille « d'apparence hystérique » avait eu, avant d'être soumise à l'observation, plusieurs crises qui ne s'étaient pas renouvelées depuis. Toutes les précautions furent prises contre la simulation : les lésions se montrèrent et évoluèrent dans l'espace de dix à quatorze jours sous un appareil plâtré ; pendant trois années consécutives, il ne se passa pas trois mois sans qu'elles réapparussent.

Liveing, néanmoins, émit l'hypothèse de la simulation.

Erasmus Wilson fut d'un avis contraire ; il répondit qu'à son avis ce cas n'était pas simulé et qu'il fallait rapprocher ces lésions de celles observées dans certaines épidémies de démonopathie religieuse. C'était, on le comprend, l'attribuer à l'hystérie.

En 1883, A. Fabre (1) a publié une observation qui paraît rentrer dans le cadre des faits que nous étudions. Nous la donnons telle qu'il la rapporte. Elle est peu concluante cependant, mais elle émane de l'auteur qui a eu, le premier peut-être, la plus juste compréhension des troubles trophiques de l'hystérie et qui, en outre, était un clinicien plein de prudence dans ses affirmations.

« J'ai à vous signaler, dit-il, plus que l'ulcération, un véritable ulcère qui, chez une hystérique, occupa pendant plusieurs années la partie antérieure de la jambe gauche dans une étendue de quatre à cinq centimètres de long sur deux centimètres de large, superficiel, présentant l'aspect d'une plaie simple, reposant sur une surface enflammée, rebelle à tous les moyens thérapeutiques sans qu'il y eût pour l'expliquer aucune cause locale ou diathésique ; à l'ulcère succéda pendant un certain temps un petit eczéma. Cette malade atteinte d'hystérie principalement syncopale avait, en même temps que ce trouble

(1) Fabre, *L'hystérie viscérale, op. cit.*, p. 94.

trophique à gauche, des douleurs sur divers points du côté droit. »

En 1890, Rothmann (1) publiait un cas de gangrène multiple de la peau avec cette particularité que sa malade, qualifiée d'ailleurs seulement de névropathe, était âgée de soixante-quatre ans, alors que dans toutes les observations il s'agit de sujets beaucoup plus jeunes.

Chez une malade de MM. Oulmont et Touchard (*op. cit.*, obs. II), atteinte d'hémiplégie gauche d'origine hystérique, survinrent des attaques au courant desquelles, une chute à bas du lit s'étant produite, apparut une légère ecchymose au niveau du coccyx. Celle-ci se transforma bientôt en une eschare qui laissa après sa chute une plaie profonde qui mit plus de trois mois à guérir. Les auteurs éliminent l'hypothèse du décubitus pour admettre celle d'un trouble trophique, d'une gangrène de la peau liée manifestement à la névrose.

En 1893, Riehl (2) présenta à la Société de médecine de Vienne une jeune fille chez laquelle avait été pratiquée l'ablation d'une tumeur; la perte de substance fut comblée à l'aide de la méthode de Thiersch, mais à plusieurs reprises il se fit de la gangrène de la cicatrice. Comme la malade présentait du rétrécissement du champ visuel, des plaques anesthésiques au niveau du membre où siégeait la lésion et une zone ovarienne hyperesthésique, Riehl conclut à la nature hystérique de la gangrène.

En 1894, Ehrl (3) publiait un cas de gangrène disséminée de la peau chez une jeune fille de dix-huit ans et rapportait aussi cette manifestation à l'hystérie. Le fait n'alla pas sans discussion; phénomène singulier : la sœur de la malade, âgée de seize ans, avait aussi une éruption cutanée qui présentait des caractères analogues.

(1) Rothmann, *Demonstration eines Falles von multipler Hautgangrän. Deut. med. Wochens*, n° 23, 1890.

(2) Riehl, *Gangrœna cutis hysterica. Wien. klin. Wochens.*, p. 826, 1893.

(3) Ehrl, *Gangrœna cutis hysterica. Wien. klin. Woch.*, n° 18, 1894, p. 330.

En 1891 (1), M. Bayet relatait un cas de gangrène disséminée de la peau qu'il rattachait au type du zoster gangreneux hystérique. « Ce cas, dit-il (2), me paraît actuellement devoir être distrait du groupe des zonas pour se rattacher de plus près aux gangrènes hystériques et au groupe des destructions dermo-épidermiques d'origine nerveuse. »

Et il rapporte à ce sujet, dans un nouveau mémoire, un fait de même ordre relatif à un homme de dix-neuf ans manifestement hystérique qui, à la suite d'une brûlure du bras gauche par l'acide sulfurique, vit survenir successivement sur l'avant-bras gauche et sur la main vingt et une ulcérations arrondies de la largeur d'une pièce d'un et même de cinq francs, précédées de vives douleurs *in situ* et se terminant pour la plupart par des cicatrices chéloïdiennes. A côté des cicatrices, ou sur les régions hyperpigmentées de la peau qui les remplaçaient par places, se produisirent spontanément aussi des bulles de pemphiques à contenu sanguinolent. Un pansement occlusif n'empêchait pas la production des eschares, qui en trois heures se formaient sous les yeux mêmes de l'observateur.

Bayet ajoute : « Il y a un an, Max Joseph a décrit un cas absolument analogue au nôtre comme évolution et, chose remarquable, comme cause occasionnelle. Le traumatisme initial était, comme dans notre cas, une brûlure superficielle par l'acide sulfurique. »

M. Féré, rappelant que Blandin (3), en 1843, avait signalé un fait de même nature chez une jeune fille n'ayant subi aucun traumatisme et qui, à trois reprises, présenta à la suite de douleurs aiguës des plaques blanchâtres de la

(1) Bayet, *Contrib. à l'étude du zoster gangreneux hystérique. Journal des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1891.

(2) Bayet, *Gangrènes disséminées et successives de la peau d'origine hysterique. Ann. de dermat. et de syphiligraphie*, t. V, n° 5, mai 1894, p. 501.

(3) Blandin, *Gangrène spontanée et partielle revenant à de longs intervalles et affectant exclusivement le côté gauche du corps accompagnée de symptômes généraux de perturbation nerveuse. Gaz. des hôp.*, 1843, p. 94.

peau qui jaunissaient ensuite peu à peu, rapporte à son tour le cas suivant :

Une femme de vingt-trois ans vint le consulter pour une plaie singulière de la face interne du tibia du côté droit, située à peu près vers la partie moyenne de la jambe. « On y voit, dit-il, une plaque arrondie du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, d'un blanc mat, qui a l'aspect d'une eschare, et entourée d'un sillon suppurant dont le bord externe est saignant et limité en dehors par la peau complètement saine. La plaque blanche est apparue huit jours auparavant, à la suite de douleurs lancinantes extrêmement vives et exactement limitées à ce point. Ces douleurs s'étaient manifestées par accès pendant deux jours ; elles s'étaient reproduites plusieurs fois pendant la nuit intermédiaire et avaient réveillé la malade. »

Elle portait sur la même jambe, au sommet de l'angle formé par les jumeaux, à la partie supérieure du mollet, « une plaque blanchâtre analogue comme forme et comme dimensions à la précédente, mais se confondant insensiblement à la périphérie avec la peau saine. Cette plaque et celle qui a été précédemment décrite rappellent les phases de l'évolution de la gangrène cutanée qui se produit lorsqu'un opérateur maladroit a introduit dans l'épaisseur du derme une injection destinée au tissu cellulaire sous-cutané (1). »

Comme il existait une hémianesthésie droite sensitivo-sensorielle, surtout marquée au niveau de la jambe droite, siège de la gangrène, que la malade avait été sujette à des quintes de toux nerveuse et à des hématémèses, M. Féré concluait à la nature hystérique de la lésion, qui mit près de deux mois à se cicatriser.

Nous rappellerons qu'en 1890, M. Renaut (de Lyon), dans le travail que nous avons souvent cité (2), rapportait

(1) Féré, *Note sur la gangrène spontanée de la peau chez les hystériques. Soc. de Biol.*, 26 mai 1894.

(2) Renaut, *Sur une forme de la gangrène successive et disséminée de la peau : l'urticaire gangreneuse. La médecine moderne*, n° 9, 20 fév. 1890, p. 161.

une observation de Doutrelepont (1) sur laquelle il s'exprimait ainsi qu'il suit :

« Quant à la malade de Doutrelepont, c'était une hysrique, c'est-à-dire un sujet stigmatisable au plus haut degré... Le point de départ des plaques gangreneuses successives fut une piqûre d'épingle sur la première phalange du pouce gauche. Ensuite des lésions analogues se produisirent une à une sur une multitude de points du tégument. De même que chez notre malade, les cicatrices furent presque toutes chéloïdiennes. Ici encore on assimila les lésions gangreneuses à celles du zona nécrosique, bien qu'il n'y eût aucun rapport entre la distribution des plaques gangreneuses et celle des nerfs sensitifs. » Plus tard, la malade ayant succombé à une affection intercurrente, l'autopsie fut pratiquée et ne fournit que des résultats négatifs (2).

M. Renaut donnait lui-même la relation de lésions gangreneuses du même ordre observées chez un garçon de café, âgé de vingt-deux ans, atteint d' « un nervosisme confinant à l'hystérie, bien qu'il ne présente pas les stigmates tout à fait typiques de celle-ci. La moindre émotion morale suffit pour provoquer chez cet homme du peuple non seulement la colère, mais des crises de larmes. Enfin il est autographique comme un hystérique stigmatisable. »

C'est à propos de ce malade qu'il traçait en termes excellents la physiologie pathologique des phénomènes que nous étudions. Nous avons, au début de cette étude des troubles trophiques dans l'hystérie, tenu à citer le passage tout entier; nous y renvoyons le lecteur, qui voudra bien remarquer comment la lésion productrice de la dermographie la plus simple peut conduire à la *gangrène* de la peau, laquelle affecte généralement, dans la circonstance, une forme sensiblement circulaire.

(1) Doutrelepont, *Acute multiple Hautgangiän*, 23 novembre 1885.

(2) Doutrelepont, *Bericht über den weiteren Verlauf des Falles von acuter multiple Hautgangrän. Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1890, B. II, p. 219.

Nous le répétons d'ailleurs, qu'il s'agisse d'éruptions vésiculeuses, de zona, d'urticaire bulleuse, de pemphigus ou de gangrène, il nous semble que le processus reste toujours identique dans tous ces cas, qui se ressemblent singulièrement, qui ont tous un même air de famille.

Au premier degré du processus, c'est la dermographie, au deuxième l'œdème, puis la lésion vésiculeuse, bulleuse ou pustuleuse, le nom importe peu dans l'espèce ; à un degré ultime, se montre la gangrène. Il existe une variété du deuxième degré dans laquelle la diapédèse des globules rouges est si considérable qu'il se produit une ecchymose ou une hémorragie, phénomènes qui, vu leur importance, vont faire l'objet d'une description spéciale.

Tous ces cas, qui vont de la rougeur au sphacèle, ont une caractéristique, la *ténacité;* des malades observés pendant trois ans et plus continuaient à présenter des phénomènes gangreneux. Il n'y a là rien qui doive nous étonner, nous qui savons combien sont permanents les stigmates hystériques. Aussi ne doutons-nous pas un seul instant qu'il faille faire entrer dans le fonds commun de la névrose ce que nous avons proposé d'appeler la *diathèse vaso-motrice,* comme on y admet sans conteste la diathèse d'amyosthénie ou de contracture.

Sur cette diathèse vaso-motrice, — le mot n'est peut-être pas absolument juste, mais il peint bien notre pensée, — évoluent des paroxysmes qui vont de la rougeur à la gangrène en passant par l'œdème et les hémorragies. Son domaine ne se limite pas uniquement au tégument externe, car les hémorragies gastriques et pulmonaires, qui sont si fréquentes dans le cours de l'hystérie, en sont évidemment tributaires.

Et il ne faut pas s'étonner de voir, ainsi que l'a noté Kaposi, cesser subitement, — il dit complètement, nous serions moins affirmatif, — des gangrènes qui durent depuis fort longtemps. Nous savons très bien que, quoique le fond persiste, une contracture peut disparaître et aussi une hémianesthésie après avoir duré des mois et des an-

nées. Pourquoi en serait-il différemment des phénomènes de cette diathèse vaso-motrice dont on veut bien admettre les manifestations légères, mais à laquelle on refuse presque, comme nous allons le voir, de produire des lésions gangreneuses ?

Quelle maladie aujourd'hui connue, en dehors de l'hystérie, peut déterminer, *avec la conservation d'un bon état général,* l'apparition de lésions cutanées aussi nombreuses, aussi répétées, sinon aussi étendues, que celles représentées par M. Leloir dans la planche IV de sa thèse, relative à l'observation que nous avons analysée ?

En dehors même de la similitude des lésions qui rapprochent si intimement les cas publiés, cette conservation d'un bon état général, cette absence de fièvre sont d'excellents éléments pour conclure.

On comprend, du reste, qu'il n'existe pas de manifestations fébriles, puisque ces gangrènes ne sont pas sous la dépendance d'organismes inférieurs, sont *aseptiques*, tout au moins au début de leur évolution.

C'est ce qu'a démontré M. Veillon (1) dans le service de notre maître, M. le professeur Fournier, chez une malade de l'hôpital Saint-Louis que nous avons nous-même étudiée à plusieurs reprises.

Son histoire mérite d'être contée. Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans présentant au grand complet les stigmates caractéristiques de l'hystérie : anesthésie, rétrécissement du champ visuel, crises convulsives. Elle est de bonne santé ordinaire et habite chez ses parents, qui affirment que son caractère est ennemi de tout mensonge.

Elle se présente à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, parce que, depuis deux mois, surviennent chez elle des poussées successives d'éléments éruptifs disséminés et groupés d'une façon symétrique sur la peau des

(1) Veillon, *Troubles trophiques symétriques des mains et des avant-bras d'origine probablement hystérique. Nouv. Icon. de la Salp.*, n° 4, juillet-août 1892, p. 201.

régions carpiennes et métacarpiennes des deux membres supérieurs.

« Voici, dit M. Veillon, en quoi consiste cette éruption : Sur la peau saine apparaît (au dire de la malade) une petite tache rouge sur laquelle s'élève, après quelques heures, une petite saillie. Au moment où la malade vient consulter, nous constatons en effet ces éléments éruptifs *vésiculeux* portant au centre un point noirâtre déprimé, ombiliqué. Cette petite vésicule est très peu saillante, elle est entourée d'une aréole rouge. Au bout de quatre à cinq jours, cette vésicule s'étend, le liquide devient louche, il se forme une vésico-pustule surmontée d'une croûtelle jaunâtre. Si on enlève cette croûte, on trouve une petite ulcération dont les bords sont nets, taillés à l'emporte-pièce. Le fond est recouvert d'un enduit purulent, blanchâtre ou jaunâtre, très adhérent. Peu à peu la croûte se déssèche, devient noirâtre, et la lésion se termine par une cicatrice brunâtre, à bords bien limités. L'évolution complète d'un de ces éléments dure un mois environ. On trouve sur la malade des éléments à toutes les périodes de leur évolution ; ils sont régulièrement disséminés et séparés les uns des autres par de la peau saine et ont le diamètre d'une lentille environ. »

« Nous avons, ajoute M. Veillon, entrepris quelques recherches bactériologiques sur la pathogénie de cette éruption ; elles sont restées négatives. La vésicule *tout à fait au début* ne contenait pas d'organismes, malgré des examens répétés et de nombreuses tentatives de cultures. Les éléments plus âgés contenaient, au contraire, les bactéries habituelles du pus, mais il s'agissait alors d'une infection secondaire. »

Nous ajouterons que l'éruption était précédée de douleurs vives *in situ ;* ces douleurs ne restaient cependant pas localisées, elles irradiaient du côté du cœur, de l'épigastre : en un mot, elles semblaient partir d'une zone hyperesthésique-hystérogène de la main ou de l'avant-bras, siège futur de la lésion. En même temps survenaient les pro-

dromes céphaliques d'une attaque qui, généralement, n'allait pas jusqu'au mode convulsif et se terminait par des larmes.

Une enquête minutieuse faite dans l'entourage de cette malade, qui ne fut pas hospitalisée et vivait dans sa famille, ne permit pas de supposer qu'on se trouvât en présence de brûlures volontaires, par exemple, en un mot, d'une affection simulée.

Ce qui n'empêcha pas quelques membres de la *Société de dermatologie*, à laquelle cette malade fut présentée dans la séance du 14 janvier 1892, de la traiter de simulatrice. Ils la pressèrent tellement d'avouer sa surpercherie, qu'elle refusa de revenir à la consultation externe et que nous la perdîmes de vue.

Cette idée de la simulation, nous l'avons déjà dit bien des fois, a une place spéciale dans l'histoire de l'évolution nosographique de l'hystérie. Il y a six à huit ans à peine, les hystériques hommes étaient renvoyés des services hospitaliers comme simulateurs, par ceux-là mêmes qui aujourd'hui les y découvrent en trop grand nombre.

Il n'est malheureusement pas besoin de refréner cette ardeur en ce qui regarde la gangrène spontanée des hystériques, et le cas de *gangrène multiple de la peau*, que présenta Senger au vingt et unième congrès des chirurgiens allemands, dans la séance du 10 juin 1892 (1), fut vivement discuté. Il s'agissait d'une femme hystérique sujette depuis plusieurs mois à des attaques et qui, dans un paroxysme, s'enfonça quelques aiguilles dans l'avant-bras gauche d'où elles furent retirées les unes après les autres. Les eschares une fois tombées, la plaie se cicatrisa, mais, peu de temps après, il survint une récidive au voisinage de la lésion sous forme de zona gangreneux.

L'auteur lui-même, la première fois, avait cru à la

(1) *XXIe Congress des deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, séance du 10 juin 1892. *Anal. in Deutsche med. Wochens.*, n° 33, 18 août 1892, p. 753. Voir aussi *Bull. méd.*, n° 7, 25 janvier 1893, p. 79, et n° 23, 22 mars 1893, p. 273.

simulation, mais l'évolution des accidents le fit changer d'avis et se rattacher au diagnostic de gangrène sèche ou d'herpès gangreneux d'origine hystérique. De nouvelles récidives sur place et au niveau du sein, toujours survenant sans fièvre et sans réaction locale, ne firent que le confirmer dans ce diagnostic.

Malgré cela, comme à la Société de dermatologie de Paris, l'hypothèse de la simulation fut adoptée, en particulier, par Petersen, Sonnenburg, Thiersch et Esmarch.

Le 26 octobre 1892, M. Schimmelbusch présenta à la Société de médecine de Berlin (1) la malade de Senger qu'il avait eu, à son tour, l'occasion d'observer. Agée de vingt-cinq ans, elle portait sur la région mammaire gauche une ulcération de la largeur de la main entourée de petits groupes de vésicules remplies d'un liquide séreux.

L'hystérie étant indéniable, M. Schimmelbusch crut devoir, tous les traitements ayant échoué, conclure que la malade empêchait elle-même sa plaie de guérir, bien qu'elle opposât à cette hypothèse les dénégations les plus absolues.

Nous savons très bien, ainsi que Thiersch et Schimmelbusch songèrent à le rappeler dans cette circonstance, que Strümpell a publié l'observation d'une femme manifestement hystérique qui déterminait artificiellement sur sa peau les lésions de ce que l'on croyait être une gangrène spontanée. On découvrit dans son lit une réserve de potasse caustique dont quelques morceaux placés sur la peau, en manière d'*experimentum crucis,* produisirent des lésions identiques à celles qu'on croyait développées sous l'influence de la névrose.

La découverte fit le plus grand honneur à la perspicacité clinique de M. Strümpell, mais nous admettons avec beaucoup plus de réserves les opinions qu'il émit à propos de ce cas singulier (2).

(1) *Deut. med. Woch.*, n° *44*, p. 994, 1892.

(2) Strumpell, *Ueber einen Fall von schweren Selbstbechäigung bei einen Hysterischen. Deutsch. Zeitsch. für Nervenheilk.*, t. II, 1892, p. 350.

Il nous fait remarquer lui-même qu'il y eut ceci de très particulier que la malade ne parut nullement troublée, lorsqu'on découvrit sa surpercherie. Elle resta « dans son état stupide ordinaire » et, lorsqu'on lui demanda à plusieurs reprises pourquoi elle s'était fait de telles plaies, elle ne trouva rien autre chose à répondre que : « La peau me démangeait si fort ! » On put en outre s'assurer qu'elle ne sentait pas l'action de la potasse caustique, vu son état ordinaire d'insensibilité cutanée. C'était, quant au reste, une malheureuse fille, faible d'esprit, incapable de pourvoir aux besoins de son existence.

Et M. Strümpell, qui a cependant là une belle occasion de penser aux associations morbides, vésaniques ou autres, dont l'hystérie est si coutumière, insiste, pour interpréter ce fait, sur la tendance que les hystériques ont à la simulation comme aux idées religieuses et autres troubles cérébraux !

Voilà où nous ne sommes plus d'accord. Nous tenons à le répéter, l'hystérie ne comporte, dans sa symptomatologie propre, ni l'esprit de simulation ni la folie religieuse; elle a son état mental qui est tout différent soit dans son état permanent, soit dans son délire paroxystique.

M. Strümpell s'est trouvé en présence d'une aliénée ou au moins d'une débile intellectuelle atteinte en même temps d'hystérie; et c'est à la débilité mentale qu'il faut attribuer les mutilations volontaires favorisées dans la circonstance par l'anesthésie cutanée, et non à la prédisposition problématique que les hystériques présenteraient pour la simulation (1).

*
* *

Les troubles trophiques cutanés que nous venons de décrire et qui dépendent d'un même processus ne sont pas

(1) Voir aussi, à propos des gangrènes dites spontanées, la discussion qui eut lieu dans la séance du 22 novembre 1893 du *Club médical de Vienne*, et dans laquelle Senger et Hock intervinrent, à propos d'un cas de Lœbl, en faveur de la gangrène hystérique. An. *in Mercredi méd.*, 7 décembre 1893, n° 49, p. 596.

les seuls que puisse produire l'hystérie. Il en est d'autres moins connus et qui reconnaissent peut-être une autre pathogénie.

Parrot (1) a insisté sur les rapports qui existent entre certains troubles nerveux et névralgiques et l'apparition de *taches pigmentaires*. Il a publié à cet égard plusieurs observations importantes qu'il ne place pas cependant sous la dépendance directe de l'hystérie.

Il n'en est pas de même de M. Lebrun (2), qui dans sa thèse inaugurale rapporte, entre autres observations, sept cas de *vitiligo* qui paraissent bien devoir être rattachés à l'hystérie, car l'apparition des taches coïncidait réellement dans certains faits avec les attaques.

Il avait été précédé dans cette voie par A. Fabre, de Marseille, qui écrivait en 1883 (3), après avoir parlé des éruptions pemphigoïdes :

« L'influence de l'hystérie sur les altérations pigmentaires est plus manifeste. J'ai vu plusieurs fois chez les hystériques se former des taches au front et au visage tout à fait semblables au masque des femmes enceintes sans qu'il y eût chez elles grossesse, lésion utérine ou état cachectique. J'ai encore observé deux fois la coloration brunâtre du mamelon sans grossesse; il est vrai que l'une de ces hystériques était mal réglée et que l'autre avait une grossesse nerveuse.....

« Je voyais encore dernièrement, dans un cas d'hystérie, de larges taches brunâtres du front comme chez certains phtisiques. Une autre a depuis plusieurs années une coloration jaunâtre de la paupière supérieure droite, une sorte de xanthelasma. Ce qui est moins rare, c'est un reflet noirâtre de la peau, variété de chromhydrose. »

M. Barbe (4) a présenté le 12 avril 1894, à la Société de

(1) Parrot, *Notes sur quelques pigmentations anormales de la peau. Gazette hebdomadaire*, février 1869.

(2) Lebrun, *Du vitiligo d'origine nerveuse*. Th. de Lille, 1886.

(3) Fabre, *L'hystérie viscérale, op. cit.*, p. 95.

(4) Barbe, *Hystérie et vitiligo à la suite d'une opération de Battey. Soc.*

dermatologie, l'observation d'une femme qui, indemne d'antécédents hystériques, fut opérée pour une salpingite kystique double. A la suite de cette opération survinrent des phénomènes d'hystérie non convulsive accentués surtout à l'époque présumée des règles. Puis se montrèrent sur la face dorsale des mains, à la face antérieure des poignets, aux aines et sur la lèvre inférieure, des plaques de vitiligo avec anesthésie locale. La lésion cutanée était intermittente, ayant apparu et disparu à plusieurs reprises.

*
* *

M. A Fabre a observé « un cas de *lichen* terriblement prurigineux chez une hystérique, avec ovarie très forte et hémiparésie du côté opposé; mais il ne m'est pas prouvé, dit-il, que cette éruption développée chez une hystérique fût elle-même de nature hystérique, car elle occupait le creux poplité, siège qui plaît beaucoup aux éruptions arthritiques, et il y avait des antécédents arthritiques dans la famille de la malade. Cependant, je ne saurais oublier que mon maître, M. Cazenave, avait fait du lichen une affection nerveuse et le traitait par l'aconit, ce qui expliquerait ici l'intervention de l'hystérie. »

M. Feulard (1) a présenté à la Société de dermatologie, dans la séance du 13 novembre 1890, deux malades, un homme et une femme, hystériques avérés. Chez le premier il existait un lichen plan classique comme éléments éruptifs, mais avec cette particularité que l'éruption correspondait au trajet du nerf médian.

La seconde malade était également atteinte de lichen plan à forme miliaire, siégeant sur la paume des mains, la plante des pieds et sur la lèvre inférieure, où il simulait le lupus érythémateux.

de dermat., séance du 12 avril 1894. An. *in Méd. Mod.*, n° 30, 14 avril 1894, p. 471.

(1) Feulard, *Lichen plan chez les hystériques. Soc. de dermat.*, séance du 13 nov. 1890, *in Sem. méd.*, p. 427, 1890.

Puisque nous parlons de lichen, nous dirons que MM. Hallopeau et Larat ont communiqué au *Congrès pour l'avancement des sciences,* tenu à Marseille en septembre 1891, une très intéressante observation qu'ils intitulent : « Sur une nouvelle variété de tropho-névrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes. » Après l'exposé de leur cas, ils concluent ainsi qu'il suit :

« 1° Il existe une dermatose caractérisée par des plaques achromateuses entourées de zones papuleuses et d'une pigmentation exagérée.

« 2° Cette dermatose est très vraisemblablement une manifestation cutanée de l'hystérie. »

Chez la malade de MM. Hallopeau et Larat, il est permis de supposer qu'il s'agissait d'un processus fort analogue à celui de la diathèse vaso-motrice qui domine certainement la majorité des troubles cutanés dans l'hystérie. Ce qui nous le ferait supposer, c'est qu'avec la dermatose coïncidaient, en relation avec des attaques d'hystérie, des accès d'*érythromélalgie* ou paralysie vaso-motrice des extrémités.

En 1880, M. Lannois (1) a donné une excellente description de cette affection, et plusieurs des observations qu'il a rapportées ont trait à des hommes et à des femmes manifestement hystériques.

L'influence de la névrose sur de semblables déterminations vient encore d'être affirmée par M. Lévy dans une communication à la Société de biologie (2).

(1) Lannois, *Paralysie vaso-motrice des extrémités, ou érythromélalgie.* Th. Paris, 1880, p. 11.

(2) Lévy, *Maladie de Raynaud et érythromélalgie d'origine hystérique. Soc. de biol.*, 20 oct. 1894.

Note complém. — M. Nikolski a observé 12 cas d'*eczéma chronique* accompagné d'anesthésie cutanée : 9 hommes, 3 femmes; durée de l'eczéma de 1 à 19 ans; moyenne, 5 ans; siège habituel, la main; disposition ordinairement symétrique et régionale dans 8 : 12 cas siège unique dans régions anesthésiées. Il conclut en faveur de l'origine hystérique de l'eczéma de ses malades, véritable trouble vaso-moteur. (*Mediz, oboz.*, n° 13. — *Rev. Neur.*, 1894, p. 628.)

CHAPITRE DIXIÈME

LES HÉMORRAGIES DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES DES ORGANES DES SENS.

Les ecchymoses spontanées. — Influence de l'attaque et de l'état mental. — Description. — *Considérations médico-légales.*

Les hémorragies cutanées. — Considérations historiques : saint François d'Assise et Louise Lateau. — Carré de Montgeron; Frédéric Hoffmann ; Van Swieten; Caizergues; Pinel; Magnus Hüss; Parrot, etc. — *L'École de la Salpêtrière :* Ferran; A. Martin. — *Le mémoire de Bourneville* sur Louise Lateau fixe la nosographie et l'interprétation de ces phénomènes.

Étiologie. — Indépendance des menstrues. Influence de l'attaque. — Localisations très variées. — Sensations, douleurs prémonitoires *in situ ;* type névralgique.

Description : 1er *Cas :* absence de solution de continuité de la peau. — Coexistence fréquente de l'œdème; faux érysipèle. — Dilution du liquide exsudé. — *Caractères microscopiques du sang.*

2e *Cas :* Solution de continuité. — Hémorragies par vésicules, bulles, ampoules, plaies, ulcères. — Cicatrisation dans l'intervalle de deux *attaques d'hémorragie.* — Cicatrices chéloïdiennes. — Durée d'une période. — Persistance chez le même individu. — Quantité de l'écoulement sanguin. — Diagnostic. — Pronostic.

Hémorragies des muqueuses des organes des sens : Épistaxis. — Hémorragies oculaires. — Otorragies; leur importance clinique.

Interprétation des troubles trophiques liés a la diathèse vaso-motrice : Tirée des faits *spontanés :* Influence du rêve de l'attaque. — *Production de lésions figurées :* sœur Jeanne des Anges. — Tirée des faits *provoqués :* Expériences de Focachon, de Mabille, etc. — L'Ecole de la Salpêtrière. — *Conclusions.*

Dans le précédent chapitre, nous avons pour ainsi dire suivi pas à pas l'évolution du trouble trophique d'origine vaso-motrice, qui commence à la rougeur simple de la dermographie et se termine dans certains cas à la gangrène en passant ou non par l'œdème. Entre la phase primitive et la phase terminale il s'en place une autre dans laquelle le processus agit de la façon suivante : « Il y a des jours,

dit M. Renaut, où une raie tracée avec l'ongle ou un bout d'allumette détermine un œdème congestif si intense au point touché que la diapédèse intense qui en résulte donne lieu à une *hémorragie élective*. Avec les globules blancs il en passe un grand nombre de rouges, et quand l'œdème congestif, puis anémique, se sont effacés, on trouve à la place de la raie rose devenue blanche une raie *ecchymotique*. La stigmatisation est alors complète. »

Les *ecchymoses* et *hémorragies* de la peau dites *spontanées*, les *sueurs de sang* des hystériques se trouvent alors constituées. Si nous avons jusque-là réservé leur description, c'est que les stigmates sanglants forment un ensemble clinique complet, le plus anciennement et le mieux connu peut-être de tous les troubles trophiques d'origine hystérique. Ils méritaient, par cette importance même, qu'on leur consacrât un paragraphe spécial.

Nous étudierons d'abord les *ecchymoses spontanées*. En les séparant dans notre description des hémorragies vraies, fluentes, nous ferons simplement acte de nosographe, car tous les phénomènes cutanés vaso-moteurs dont nous traiterons dans ce chapitre coexistent souvent chez le même sujet, étant donné qu'ils ne sont en somme que des étapes ou des degrés très rapprochés d'un même processus. C'est ainsi, par exemple, que dans un cas d'Oulmont et Touchard (*op. cit.*, p. 140), la simple pression du doigt sur la face dorsale de la main suffisait à produire des ecchymoses, mais la main était atteinte déjà d'œdème bleu hystérique.

Ces ecchymoses existent beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit généralement. Souvent elles passent inaperçues par ce fait quelles siègent parfois dans des régions que le malade n'explore que difficilement, et ensuite parce que parfois aussi, mais non toujours, aucun symptôme subjectif, douleur ou autre, n'attire l'attention du patient ou du médecin de ce côté.

Du reste il ne faudrait pas, dans la majorité des cas, les rechercher sous ce titre dans la littérature, où elles passaient presque inaperçues jusqu'au jour où nous les décri-

vîmes d'une façon spéciale (1). L'interprétation reposant sur des bases erronées a été, dans la circonstance, ainsi qu'il arrive souvent en médecine, nuisible à la juste signification des faits.

C'est ainsi, par exemple, qu'elles sont à peine notées dans un certain nombre d'observations où elles devraient occuper la première place, les auteurs les attribuant, sans chercher plus loin, aux chocs subis pendant les attaques. D'autres, comme Magnus Hüss, les mettent sous la dépendance de l'hémophilie, alors que rien dans l'état général du sujet ne justifie cette opinion.

Il est réel que pendant leurs convulsions les hystériques peuvent se heurter aux objets qui les entourent et déterminer ainsi l'apparition d'ecchymoses. On comprend même que les effusions sanguines puissent se montrer au moindre choc chez celles qui présentent la diathèse vasomotrice dont nous connaissons déjà nombre de manifestations.

Mais telle n'est pas la pathogénie complète et véritable de ces phénomènes. Nous avons montré, en traitant de l'état mental des hystériques, que dans nombre de cas leur apparition est véritablement spontanée, c'est-à-dire indépendante de tout traumatisme réel; qu'elles sont sous la dépendance directe de l'auto-suggestion mise en œuvre localement par le rêve de l'attaque (2).

Nous rappellerons que Sœur Jeanne des Anges et Madeleine Bavent avaient « le corps déchiré, livide, noir, plombé », après des attaques où le diable les avait rouées de coups imaginaires.

De même, dans le cas de Bergeret, que nous avons également rapporté, il était difficile d'attribuer aux heurts des convulsions, des taches noires siégeant à la partie interne des cuisses. Elles étaient nées des contusions que le diable avait faites à la malade « en la frappant rudement avec sa

(1) Gilles de la Tourette, *Contribution à l'étude des ecchymoses spontanées et de l'état mental des hystériques, op. cit.*

(2) Voir t. I, ch. xi, p. 496 et suiv.

queue de fer parce qu'elle ne voulait pas céder à sa tentation ».

Cette intervention démoniaque prenant sa source dans les hallucinations de l'attaque n'était pas ignorée de Fabre (1), qui s'exprime ainsi : « Une autre hystérique, à moi connue, ne cherchait pas à imiter le bon Dieu, mais craignait d'avoir affaire au diable. Elle éprouvait sur divers points du corps, notamment aux cuisses et au dos, la sensation de coups reçus; jusque-là rien d'extraordinaire, beaucoup d'hystériques éprouvent cette sensation, et il en était ainsi du temps de Sydenham; mais ma malade avait en effet des ecchymoses; le diable l'avait donc battue. C'étaient des ecchymoses spontanées à côté desquelles se trouvaient de simples érythèmes, témoins plus sûrs de l'hystérie. J'ai d'ailleurs observé d'autres exemples d'ecchymoses spontanées chez les hystériques : la plupart étaient indolentes et occupaient les membres inférieurs (2). »

Nous ne citions dans notre mémoire que des cas où il était possible d'interpréter directement, par l'étude de l'état mental, l'apparition des ecchymoses spontanées.

Mais, comme nous le disions aussi, il peut se faire qu'au sortir de son attaque l'hystérique ne se souvienne pas toujours suffisamment de son rêve et des diverses péripéties de celui-ci pour permettre à l'interprétation des phénomènes cutanés de s'établir sur des bases précises. Nous rapportions à ce propos l'histoire d'une malade que nous avions observée et sur laquelle nous croyons inutile de revenir (3).

(1) *L'hystérie viscérale, op. cit.*, 1883, p. 97.

(2) Astley Cooper (cité par Laycock : *A treatise of nervous diseases of women*, p. 234) rapporte le cas suivant, qui nous paraît devoir être attribué à l'hystérie : Chez une jeune fille de dix-sept ans la poitrine a la même apparence que si elle avait été frappée; il existe une extravasation sanguine assez étendue et d'autres taches plus petites qui semblent produites par des morsures de sangsues. Cette extravasation à laquelle la malade était fréquemment sujette commençait une semaine avant la menstruation et se terminait une semaine après. (G. T.)

(3) Voir t. I, p. 503.

*
* *

Les ecchymoses coïncident très fréquemment avec d'autres manifestations vaso-motrices du même ordre, en particulier avec les diverses hémorragies cutanées ou muqueuses que nous allons décrire.

Au point de vue de leur localisation, il est à noter que dans le cas de Magnus Hüss (1), qui est un modèle d'observation clinique, elles se limitaient exclusivement, comme dans une observation d'Oulmont et Touchard (2), au côté gauche atteint d'hémianesthésie; elles naissaient nettement sous l'influence de l'attaque convulsive.

« Durant les accès et à leur suite, dit-il, les évacuations anales consistaient en sang décomposé en quantité considérable, sans aucun coagulum. En même temps que les hématémèses, il apparaissait toujours des *ecchymoses* et des *sugillations* plus ou moins grandes sur toute la moitié gauche du corps, au tronc et surtout autour de l'épaule; elles étaient au commencement d'un rouge clair, irégulières et d'une étendue de quatre à six centimètres de diamètre; on n'en a jamais remarqué sur la moitié droite du corps. Pendant ces attaques l'urine n'était pas sanguinolente. »

Magnus Hüss a noté également « des sugillations sous la conjonctive de la sclérotique ».

Nous n'insistons pas davantage sur ces ecchymoses, qui sont uniques ou multiples, d'une étendue généralement restreinte, qui naissent dans la majorité des cas sous l'influence d'un paroxysme. Leur aspect, leur évolution ne diffèrent pas des lésions ecchymotiques ordinaires par heurt ou par choc, à moins toutefois qu'à leur niveau il ne se fasse un écoulement sanguin, auquel cas l'hémorragie cutanée se trouve constituée.

Entre autres particularités nous noterons que, dans un

(1) *Cas de maladies rares observés et commentés par le Dr Magnus Hüss. Arch. gén. de méd.*, 1857, 2, 5e série, t. X, p. 165.

(2) Oulmont et Touchard, *op. cit.*, obs. III, p. 140.

cas rapporté par M. le professeur F. Raymond (1), elles récidivèrent sur place, au niveau du bord externe du pied droit, pendant deux années consécutives. Elles coïncidaient dans cette observation avec des éruptions pemphigoïdes à poussées successives du membre supérieur gauche parésié et anesthésique.

Au point de vue médico-légal, ces ecchymoses spontanées ont une importance peut-être encore plus grande que les hémorragies de même ordre. Qu'on se rappelle l'affaire La Roncière-Le Noury (t. I, p. 515), dans laquelle une hystérique, sous l'influence du rêve de l'attaque, accusa un malheureux officier de l'avoir violentée et le fit condamner injustement à dix ans de réclusion. L'examen médical ne fut pratiqué que trois mois plus tard; rien d'étonnant, s'il avait eu lieu le lendemain, qu'on eût trouvé la peau marbrée d'ecchymoses d'origine purement psychiques. On n'aurait certainement pas manqué, dans la circonstance, de les attribuer à des violences.

Rappelons encore les ecchymoses de Madeleine Bavent et de la malade de Bergeret, et supposons qu'au lieu d'accuser le diable de les avoir battues, ces malades eussent désigné un ennemi beaucoup moins problématique. Qu'en fût-il advenu?

Dans l'observation de Magnus Hüss, nous voyons une jeune domestique de dix-neuf ans se plaindre d'avoir reçu de ses maîtres un coup violent sur le sommet du crâne. Ce coup avait déterminé une perte de connaissance qui dura une demi-heure, et pendant cette période une violente hémorragie inonda le cuir chevelu. Or le coup n'était rien moins que certain, puisque la peau du crâne ne présentait aucune lésion apparente. Quant à la perte de connaissance et à l'hémorragie, elles répondaient indubitablement à une attaque et à un écoulement sanguin d'origine hystérique. Il est heureux que cette affaire ne fût pas instruite judiciairement, car, en 1850, Magnus Hüss met

(1) *Op. cit. Soc. méd. des hôp.*, 26 décembre 1890.

encore tous les troubles vaso-moteurs de sa malade, qui, comme nous l'avons vu, présentait aussi des ecchymoses, sur le compte de l'hémophilie, dont les manifestations locales sont si souvent provoquées par un traumatisme.

*
* *

L'écoulement de sang par la peau chez les hystériques se présente sous forme d'*hémorragies vraies* liées à des solutions de continuité du tégument. Ou encore, sans lésions apparentes, il peut se produire un *stillicidium* sanguin qui, lorsqu'il se mélange à la sueur, constitue l'*hématidrose*. Nous ne saurions séparer, sans redites, de ces hémorragies du tégument externe celles qui se font au niveau des muqueuses qui tapissent les organes des sens : *larmes de sang*, épistaxis, otorragies; celles des autres muqueuses seront traitées à leur lieu et place dans des chapitres particuliers.

Les observations anciennes d'hémorragies cutanées sont très nombreuses. La thèse de M. Athanassio mérite d'être consultée au point de vue de l'historique de la question. Mais comme bien d'autres causes que l'hystérie peuvent occasionner les écoulements sanguins du tégument externe, il faut savoir faire un choix dans cette quantité de documents, et, pour notre part, nous nous bornerons à l'exposé des seuls cas où les phénomènes hystériques nous paraissent indéniables.

Pendant tout le moyen âge, la Renaissance (et aussi de nos jours dans le cas de Louise Lateau), ces hémorragies furent décrites sous le nom de *stigmates ;* car, à l'aide de phénomènes d'auto-suggestion, dont la notion découlera elle-même de la description de certains cas que nous allons exposer, les solutions de continuité du tégument affectaient parfois la disposition des plaies, des *stigmates* de Jésus-Christ sur la croix.

L'exemple le plus intéressant peut-être que nous puissions rapporter, tant au point de vue historique que noso-

graphique, n'est autre que celui de saint François d'Assise, qui vécut au douzième et au treizième siècle (1182-1226).

La lecture de sa vie ne permet pas un seul instant de mettre en doute l'hystérie du saint personnage (1).

Ce fut pendant une de ses attaques d'extase (p. 235) qu'il vit « descendre des hauteurs du ciel un séraphin aux six ailes de feu éblouissantes de clarté. L'ange vola d'un vol rapide tout près de lui et demeura suspendu dans les airs, et alors apparut entre ses ailes l'image de Jésus crucifié. A cette vue, l'âme de François fut saisie d'une stupeur indicible. La joie et la douleur la remplissaient tour à tour : la joie, parce qu'il avait en face de lui le Dieu de son cœur, le Dieu d'amour sous la forme du séraphin ; la douleur, parce que c'était Jésus souffrant avec les mains et les pieds attachés à la croix et le cœur percé de la lance... La vision disparut, mais elle laissa dans son cœur une ardeur merveilleuse et dans sa chair la trace non moins merveilleuse de l'empreinte divine. Tout aussitôt, en effet, apparurent sur ses membres les cinq plaies qu'il venait d'adorer dans l'apparition. Ses mains et ses pieds semblaient transpercés par de gros clous dont la tête ronde et noire était fort visible, et dont la pointe longue et comme rabattue dépassait le dessus des mains et la plante des pieds. La plaie du côté, large et béante, laissait voir une cicatrice de couleur vermeille, dont le sang découlait souvent sur les vêtements du saint. »

Cela se passait au mois d'août 1224 ; les stigmates, que beaucoup de personnes constatèrent, existaient encore — ce qui est intéressant au point de vue de leur persistance — au moment de la mort du saint (2), survenue en octobre 1226.

(1) Consulter le magnifique ouvrage édité par Plon et Cie, 1885, *Saint François d'Assise,* où l'on trouvera de nombreuses reproductions des *stigmates.*

(2) Saint François, en dehors de ses stigmates et de ses attaques, présentait au moins de l'anesthésie partielle, car il ne ressentit aucune douleur lors-

Saint Bonaventure, qui fut son contemporain, mais qui n'avait que cinq ans à la mort de François, nous a laissé des stigmates la description suivante, qu'il tenait très probablement d'un témoin occulaire (p. 261) :

Lorsque saint François fut mort, « dans ses mains et dans ses pieds on voyait des clous miraculeusement formés de sa chair et qui étaient tellement adhérents que, poussés d'un côté, ils avançaient de l'autre comme des nerfs fort durs et d'une seule pièce. Rien n'empêchait plus de voir la plaie du côté (qu'il cachait avec soin pendant sa vie)... Les clous avaient la couleur grisâtre du fer, mais la blessure du côté, avec sa couleur vermeille et ses bords repliés, ressemblait à une belle rose fraîchement épanouie. »

Claire, la supérieure des « Pauvres Dames de Saint-Damien », essaya d'arracher un des clous miraculeux pour le conserver comme une relique, mais elle ne put y réussir.

Cela veut dire qu'à la mort du saint les plaies des mains et des pieds étaient en voie de cicatrisation au moins temporaire, alors que la plaie du côté était en pleine activité.

Nous trouverons noté, en effet, dans presque toutes les observations, que les solutions de continuité du tégument par où s'écoule le sang se cicatrisent temporairement un grand nombre de fois pour s'ouvrir et saigner à nouveau sous l'influence d'un paroxysme.

Sœur Jeanne des Anges (dix-septième siècle) présenta, elle aussi, des troubles trophiques cutanés dont nous parlerons en donnant l'interprétation des stigmates *figurés;* chez elle la congestion cutanée n'allait pas jusqu'à l'écoulement sanglant; à plusieurs reprises elle eut en outre des vomissements de sang.

Nous ne pouvons mieux faire, avant d'aller plus loin dans cet exposé historique, que de rapprocher du cas de

qu'un médecin lui mit le feu aux tempes pour le soulager d'un mal d'yeux. Il mourut tuberculeux, et l'écoulement de sang très abondant qui se faisait en particulier par la plaie du côté dut contribuer singulièrement à hâter la terminaison fatale. (G. T.)

saint François l'histoire de Louise Lateau, « *la stigmatisée belge* », qui a fourni à M. Bourneville la matière d'une étude du plus haut intérêt (1).

Louise Lateau, en dehors des crises convulsives, présentait surtout des attaques d'extase, de *crucifiement*, dont la forme ne dut pas peu contribuer à la localisation des stigmates.

Elle était marquée au front (couronne d'épines), au côté gauche (plaie du côté), aux pieds et aux mains (clous), et aussi sur l'épaule droite, où il existait « une plaie vive laissant sourdre de larges gouttes de sérosité transparente à peine teintée de sang, analogie parfaite, d'après M. Warlomont, avec celle qu'aurait produite un vésicatoire ammoniacal. A la loupe on reconnaît à cet endroit des arborisations vasculaires bien caractérisées ».

Le cas est très intéressant sous beaucoup de rapports, entre autres par les formes variables que revêt le processus hémorragique au niveau des divers stigmates. L'écoulement s'annonce et est presque toujours accompagné par des douleurs assez vives.

« On voit sourdre le sang par douze ou quinze points disposés circulairement sur le front. Un bandeau large de deux travers de doigt, couronnant la tête en passant par le milieu du front à égale distance de la racine des cheveux, couvrait toute la surface sanglante. Cette zone est turgescente, douloureuse, spontanément et à la pression. »

Ce sont les phénomènes de l'œdème congestif douloureux aboutissant à l'hémorragie sans effraction apparente de la peau, car on ne note ni érosions ni éraillures, pas plus sur le front que sur le cuir chevelu qui est, lui aussi, le siège d'une hémorragie. « Dans les premiers temps, la couronne sanglante du front et de la tête n'apparaissait qu'exceptionnellement. Plus tard, elle est devenue plus régulière, la fonction morbide ayant pour ainsi dire acquis dans cette région, comme ailleurs, droit de domicile. »

(1) *Louise Lateau ou la stigmatisée belge.* Paris, 1re édit., 1875; 2e édit., 1878.

Les hémorragies des pieds et des mains, et parfois aussi celles du côté, s'accompagnaient de la production d'*ampoules*. La marche du processus est la suivante : il débute avec les prodromes qui se prolongent d'une attaque, et l'hémorragie survient en pleine crise pendant l'extase, au moment où l'hallucination des stigmates du Christ se produit avec son summun d'intensité. « Dès le mardi, Louise commence à éprouver à l'endroit des stigmates un sentiment de brûlure qui persiste le mercredi et le jeudi. Ce jour-là, dans la soirée, la malade ressent des douleurs de tête ; la peau est chaude, sèche ; le pouls est large, impétueux, accéléré ; en somme elle offre, au dire de M. Warlomont, « l'état des personnes en proie à un molimen hémorragique » . Ces différents phénomènes s'accentuent de plus en plus : la sensation de brûlure est remplacée par des élancements qu'exaspère la pression et qui, partant des stigmates, aboutissent au cœur, formant entre cet organe et les extrémités « un véritable courant » . On ne saurait mieux décrire les irradiations douloureuses classiques d'une zone hystérogène siégeant dans la région où les stigmates vont apparaître.

Puis se montrent les *ampoules*, qui prennent naissance sur les stigmates tuméfiés, au moins à la face dorsale des mains. « Sur chacune des surfaces rosées des mains et des pieds, dit M. Lefebvre, on voit une ampoule naître et s'élever peu à peu ; lorsqu'elle est arrivée à son complet développement, elle forme à la surface de la peau une saillie arrondie, hémisphérique ; sa base a les mêmes dimensions que la surface rosée sur laquelle elle repose, c'est-à-dire environ deux centimètres et demi de longueur sur un centimètre et demi de largeur.

« ..... Quelquefois l'écoulement de sang se montre dès le mercredi, mais le plus souvent il a lieu dans la nuit du jeudi au vendredi, presque toujours entre minuit et une heure. L'ampoule crève, la rupture est longitudinale, triangulaire ou en croix. L'ampoule vidée, le sang s'échappe.

« A l'origine, c'est-à-dire lorsque les extases étaient

légères, l'abondance et la durée de l'écoulement du sang étaient plus considérables. Il persistait souvent vingt-quatre heures. Quelquefois, mais rarement, le sang tarissait et séchait vers onze heures du matin. Maintenant le saignement des pieds diminue à six heures du matin, le vendredi ; celui du front ou de la tête commence à décroître vers dix ou onze heures ; les mains saignent peu pendant toute l'extase ou après. Même autrefois il est arrivé que le sang des mains s'arrêtait de bonne heure avant l'extase.

« La quantité de sang rendu est très variable ; elle n'a jamais été évaluée exactement. Elle serait d'environ 250 grammes, si l'on en croit les approximations de M. Lefebvre.

« Le sang, d'après plusieurs examens microscopiques, est normal quant à ses éléments morphologiques; mais il offre une abondance de globules blancs plus grande qu'à l'état normal (1 : 200) et une proportion notablement plus élevée du sérum, ce qui est en rapport avec la chloro-anémie de la malade (1). »

Nous noterons encore qu'à la face dorsale des deux mains « il existe des nodosités dures au toucher, ressemblant à des bourgeons charnus », tout à fait comparables aux « clous » de saint François d'Assise.

Au moment ou M. Bournonville écrivait (1875), ces phénomènes, autant qu'il est permis de le supposer, duraient depuis sept ans environ.

*
* *

Les observations de saint François d'Assise et de Louise Lateau se ressemblent tellement et ont une si grande importance que nous n'avons pas voulu les séparer l'une de

(1) Nous croyons que cette abondance de globules blancs et la proportion élevée du sérum sont bien plutôt en rapport avec la nature du processus lui-même ; elles confirment tout à fait les opinions de M. Renaut. Il eût été fort intéressant, à ce point de vue, de comparer le sang obtenu par une piqûre ou par une saignée générale avec celui qui coulait spontanément des stigmates. (G. T.)

l'autre. Reprenons maintenant l'évolution historique des hémorragies cutanées dans l'hystérie.

Carré de Montgeron, rapportant la guérison miraculeuse de Marguerite Duchesne, nous fait assister aux hémorragies oculaires et cutanées de cette hystérique, qui avait aussi des hématémèses. On remarquera que les hémorragies survenaient sous l'influence du paroxysme convulsif.

« De là, dit-il (1), ces fréquentes attaques d'apoplexie qui revenoient régulièrement tous les mois et quelquefois plus souvent et dans lesquelles elle paroissoit éprouver toutes les horreurs de la mort sans pouvoir cependant mourir.

« Son visage dans le tems de ces accidens n'offre plus qu'une couleur terreuse rehaussée d'un violet obscur; la langue épaisse et d'un noir foncé reste immobile et comme collée à son palais; sa bouche se contourne en des figures forcées, sa gorge s'enfle prodigieusement, ses lèvres bleuâtres et livides paroissent marquées des vestiges même de mort; *quelques gouttes de sang* égarées dans les extrémités, lui sortent *sous les ongles* et par l'*angle des yeux*. »

Frédéric Hoffmann (2) rapporte l'observation d'une dame de trente ans manifestement hystérique et sujette à des sueurs qui teignaient son linge en rouge.

Van Swieten (3) raconte l'histoire d'une fillette qui, à dix ans, eut le bras couvert de *pustules* d'où, après des douleurs pongitives, s'écoulait du sang rutilant. Ces pustules disparurent; alors le sang sortit par l'extrémité des doigts. « Lorsque le sang s'était écoulé des doigts, le matin, cette fille (alors âgée de douze à treize ans) était prise l'après-midi de vertiges et de rougeurs à la face. La région du larynx se tuméfiait, et il survenait une suffocation comme hystérique. »

Chez elle les hémorragies avaient des sièges multiples,

(1) *La vérité des miracles*, t. I. Cologne, 1737, 4e démonstration, p. 5.

(2) Fréd. Hoffmann, *Opera omnia*. Genève, 1748, t. III, sect. I, cap. v, *De malo hysterico*.

(3) Van Swieten, *Commentaria in Alph. Boerh.* Paris, 1765, t. IV, p. 377. *Morbi virginum*.

étant à la fois cutanées et muqueuses; elles alternaient avec des manifestations hystériques d'ordres divers :

« Une sueur de sang se montra à la région antérieure du cou, qui revint à son volume naturel; mais le même jour la sueur de sang se montra au bras droit et au mollet de la jambe droite. Le soir, spasme dans toute la moitié droite du corps; les facultés intellectuelles sont intactes. A dix heures du soir, paralysie du bras droit et contracture de la jambe droite. L'œil gauche est frappé d'amaurose. Ce même œil, un mois après, se tuméfia subitement et il s'en écoula des larmes de sang; l'amaurose n'en persista pas moins; la peau du nez fut ensuite le siège d'une sueur de sang à laquelle succéda une épistaxis qui fit place à des crachats sanglants; puis le sang ruissela en jaillissant des ongles, des doigts de la main droite et de la partie externe du bras droit. Une tuméfaction survint en même temps, mais elle disparut sans sueur de sang; deux jours après, à la suite d'une frayeur, l'œil gauche fut le siège d'une hémorragie peu abondante. Les règles revinrent enfin après deux mois de suppression; elles furent peu abondantes, et l'abdomen qui était tuméfié se dégonfla. »

Il est impossible de trouver une observation plus concluante et montrant mieux la pluralité et la diversité des hémorragies chez les hystériques.

Il ne faudrait pas croire cependant que la notion de l'hystérie comme cause productrice des hémorragies fût, même au commencement du dix-neuvième siècle, nettement établie; car, si les observations de Caizergues (1), de Pinel (2), de Chauffard (3), appartiennent indubitablement à la névrose, il n'est pas moins vrai que Magnus Hüss, en 1856, dans l'observation peut-être la plus complète que nous possédions, met encore, comme nous l'avons déjà dit,

(1) Caizergues, *Observation sur une sueur de sang survenue quatre fois pendant la plus grande vivacité des douleurs d'une colique néphrétique. Annales clin. de Montpellier*, 1814, t. XXXV, p. 239.

(2) Pinel, *Dict. des sc. méd.*, art. *Hématémèses*, t. XX, 1817, p. 198.

(3) Chauffard, *Hématopédésis. Arch. gén. de méd.*, 1830, p. 572.

sur le compte de l'hémophilie les phénomènes hystériques qu'il a notés avec tant de soin.

Avec J. Parrot (1), la question change de face. Il prouve par des arguments irréfutables que l'hématidrose, en particulier, est une maladie rarement héréditaire, qu'elle coïncide souvent ou alterne avec d'autres hémorragies cutanées, muqueuses ou viscérales, qui ne laissent après elles aucune lésion anatomique. Ces hémorragies simultanées, précédées ou accompagnées de symptômes nerveux, névralgiques et de dysménorrhée, seraient autant de phénomènes dont Parrot ferait une classe à part, celle des *hémorragies névropathiques*, que l'hystérie, l'épilepsie, les douleurs névralgiques, seraient susceptibles de produire.

A propos d'épilepsie, nous dirons que la première observation de son mémoire a trait à une femme qu'il croit atteinte de mal comitial et qui, en réalité, était manifestement hystérique.

Enfin, en 1875, la question est portée sur son véritable terrain dans les travaux émanés de l'École de la Salpêtrière, parmi lesquels nous citerons les thèses de Ferran (2) et d'Aug. Martin (*op. cit.*,) et surtout le mémoire si intéressant de M. Bourneville sur Louise Lateau (1875). C'est à M. Bourneville qu'il faut attribuer sans conteste le mérite d'avoir établi l'influence directe de la névrose sur la production des stigmates sanglants des hystériques.

Son opinion trouve ample confirmation dans les travaux ultérieurs de Carré (3), Froidefond (4), Mora (5), Mangon (6), qui seront analysés, ainsi que d'autres, au courant de notre description.

(1) Parrot, *Étude sur les sueurs de sang et les hémorragies névropathiques. Gaz. heb.*, Paris, 1859.

(2) *Du vomissement de sang dans l'hystérie.* Th. Paris, 1875.

(3) Carré, *De l'hémoptisie nerveuse. Arch. gén. de méd.*, 1877, p. 63, 179, 293.

(4) Froidefond, *Contribution à l'étude de quelques hémorragies névropathiques.* Th. Paris, 1879.

(5) Mora, *Des hémorragies dans l'hystérie.* Th. Paris, 1880.

(6) Mangon, *De l'hématidrose.* Th. Bordeaux, 1886.

*
* *

Si l'on ne consultait que les observations que nous possédons à l'heure actuelle, on pourrait croire que les hémorragies cutanées s'observent presque exclusivement chez la femme. Cela tient à deux choses : à ce que l'hystérie chez l'homme était récemment encore à peine connue ; ensuite à ce que les auteurs, se croyant en présence d'*hémorragies supplémentaires des règles*, ne manquaient pas de publier ces cas, qui leur paraissaient très intéressants par la direction anormale du flux menstruel.

Pour nous borner aux hémorragies cutanées, nous dirons qu'il existe cependant dans la science au moins une observation relative au sexe masculin. Elle a trait à un homme de vingt ans et a été publiée par Tittel, en 1876 (1). Ce premier point de vue, pour nous qui, aujourd'hui, savons reconnaître l'hystérie masculine, est peu intéressant. Il n'en est pas de même du second.

Les hémorragies qui se font par la peau chez les hystériques sont-elles supplémentaires des règles, ou mieux, pour changer la question, ont-elles des rapports directs avec la fonction menstruelle? Nous ne le croyons pas, non seulement parce qu'on les observe aussi chez les hommes, mais encore pour les raisons suivantes. Les malades de Van Swieten et de Pinel, âgées de dix et onze ans, avaient des écoulements de sang cutanés ou des hématémèses, et n'étaient pas encore réglées. On pourrait dire, à la rigueur, que c'était là une première manifestation d'une fonction qui allait s'établir. M. Hüss va répondre directement en ce qui regarde les femmes adultes.

« L'apparition de ces hémorragies, dit-il (p. 169), n'est pas liée aux menstrues ; lors même que le saignement survient très peu de temps avant l'époque des règles, celles-ci ont cependant paru à leur époque régulière ; si

(1) Tittel, *Ein Fall von Hematidrosis. Archiv für Heilkunde.* Leipzig, 1876, p. 63.

même l'hémorragie survenait pendant la durée des règles, elle n'avait pas d'influence sur leur continuation. »

Il est facile de comprendre néanmoins que l'abondance des hémorragies puisse influencer la fonction menstruelle au point de la supprimer momentanément chez certaines hystériques, anémiques ou chlorotiques. La malade de Magnus Hüss perdait « chaque jour, tant que l'hémorragie continuait, de deux tiers de litre jusqu'à près d'un litre et demi de sang », et pourtant elle était bien réglée.

Ce que nous voulons établir, à l'inverse de ce que l'on a cru autrefois, c'est que ces écoulements sanguins ne sont pas une simple interversion des époques.

C'est encore le paroxysme convulsif qui, comme devant, met en branle pour ainsi dire, à chaque fois, cette manifestation particulière de ce que nous avons appelé la diathèse vaso-motrice. Il y a unanimité presque complète sur ce point dans toutes les observations. Le fait que les attaques surviennent assez souvent à l'occasion ou à l'époque présumée des règles est le seul lien qui rattache ces hémorragies à la période menstruelle.

Magnus Hüss, qui cependant rapporte à l'hémophilie le fait qu'il a si bien décrit, n'hésite pas un seul instant. Il appelle ces écoulements sanglants des « *attaques d'hémorragies* », montrant ainsi qu'il connaît parfaitement l'influence du paroxysme, laquelle était si nette, comme nous l'avons vu déjà, dans le cas de Louise Lateau.

« L'attaque (d'hémorragie), dit-il, commença par de forts vomissements de sang et par une hémorragie abondante au crâne; tout au commencement de l'accès, Maria K... fut prise d'un violent délire, puis elle perdit connaissance et tomba dans un état de profonde et complète torpeur... »

L'attaque n'est pas toujours complète; elle se borne quelquefois à des équivalents psychiques : « La malade dit que les attaques sont souvent précédées d'un sentiment de malaise général, d'une irritabilité plus grande d'humeur, de pesanteur à la tête.

« D'autres fois cependant, ajoute-il, elles (les hémorragies) arrivent sans que rien les ait fait présager », ce qui est incontestablement le cas le plus rare.

Du reste, Maria K... pouvait, à l'aide d'une crise hystérique, ou au moins de son équivalent psychique qu'elle faisait naître elle-même, provoquer l'apparition d'une hémorragie. Ce passage de Magnus Hüss mérite d'être cité dans son entier, car il nous servira singulièrement dans un instant pour pénétrer le mécanisme intime d'un certain nombre de ces troubles trophiques de la peau dans l'hystérie.

La malade était devenue un objet de curiosité à Stockholm. On venait observer les écoulements de sang qui, — chez cette fille, — se faisaient au niveau d'un tégument indemne de toute solution de continuité, et les cadeaux témoignaient de l'intérêt que les visiteurs prenaient à ce spectacle. Aussi Maria K... arriva-t-elle « à provoquer à sa fantaisie des accès d'hémorragies. Voici comment elle s'y prenait. Elle cherchait à se prendre de querelle, à se disputer avec quelque autre malade, et l'excitation qui s'ensuivait avait fort souvent pour conséquence une hémorragie ; il a semblé aussi qu'elle pouvait sans cause pareille, par l'effet de sa volonté, se mettre dans une disposition d'humeur telle qu'il en résultât une hémorragie. »

Cette disposition aux hémorragies, les hystériques la tirent de leur substance même, car M. Hüss note encore nettement chez sa malade « que, malgré cette propension aux hémorrhagies de la peau, les lésions traumatiques (y compris la saignée) n'occasionnaient aucune hémorrhagie pareille ».

Il peut se faire cependant que des lésions antérieures du tégument servent à localiser l'écoulement sanguin ; son origine n'en reste pas moins purement psychique. Dans le cas de Pinel, le flux avait lieu au niveau d'une piqûre du doigt ; chez la malade de Parrot, d'anciennes plaies strumeuses des doigts saignèrent abondamment. Il convient d'ajouter toutefois que, dans ces deux observations, l'écou-

lement affecta en outre les localisations les plus variées.

A part les faits analogues à celui de saint François d'Assise et de Louise Lateau, où l'on peut pénétrer dans l'intimité psychique du sujet, il faut bien dire que dans la grande majorité des cas le pourquoi de ces localisations nous échappe. Et il nous échappe encore davantage parce que, fréquemment, ces hémorragies occupent les sièges les plus variés simultanément ou successivement chez le même malade.

Qu'on relise, entre beaucoup d'autres, l'observation de Van Swieten que nous avons rapportée, et l'on verra que la tête, le tronc, les membres, furent le siège du flux sanguin, qui pourra exister en même temps ou successivement, chez le même sujet, au niveau de la conjonctive, du conduit auditif externe, ou se présenter sous forme d'épistaxis uni ou bilatérales, d'hémoptysies ou d'hématémèses, peut-être d'entérorragies ; le fait est douteux, car le sang peut provenir de l'estomac, de métrorragies, etc.

Dans le cas de Tittel, il parut même exister de l'*hématurie*.

Nous reviendrons sur quelques-unes de ces diverses localisations du processus, qui méritent mieux qu'une simple mention, au cours d'un exposé particulièrement consacré aux hémorragies cutanées.

*
* *

Outre les phénomènes généraux qui précèdent l'hémorragie cutanée et qui, nous l'avons vu, se rapportent surtout aux prodromes de l'attaque ou à l'évolution complète de celle-ci, nous noterons que nombre de malades accusent *in situ* des sensations particulières, prémonitoires de l'hémorragie, absolument analogues du reste à celles que nous avons constatées dans les autres troubles trophiques de la peau précédemment décrits.

Ces douleurs, nous l'avons vu, — Louise Lateau en est un exemple démonstratif, — sont surtout d'ordre névral-

gique ; elles consistent aussi en des sensations de brûlure ; elles sont lancinantes et irradient parfois jusqu'au cœur. Elles sont sous la dépendance de l'exaltation fréquente d'une zone hystérogène située au niveau du territoire où va se faire l'hémorragie.

L'observation déjà citée de Parrot est fort intéressante à ce point de vue. « Les règles étaient en retard de quelques jours, dit-il, et des élancements sillonnaient la région lombaire dans tous les sens. Vers quatre heures du soir, ils se montrèrent aux aines, aux cuisses, aux seins, à la tête, dans la région épigastrique ; des inhalations de chloroforme les ayant momentanément dissipées, la malade eut trois attaques d'épilepsie (hystérie). Puis, un point circonscrit du cuir chevelu étant devenu douloureux, j'y vis sourdre du sang qui se déssécha aussitôt. Alors tous les paroxysmes névralgiques s'accompagnèrent d'hématidrose au niveau des foyers de douleur..... Des douleurs exacerbantes envahissent diverses parties de la région céphalique. Au plus fort de l'accès, la face se couvre instantanément d'un masque sanglant..... »

*
* *

La façon dont se fait l'écoulement sanguin et l'aspect de la peau au niveau du point où il se produit sont intéressants à considérer.

Plusieurs cas se présentent : le plus fréquent est celui où la peau n'est le siège non seulement d'aucune ampoule ou excoriation, mais encore, comme dans le fait de Magnus Hüss, « où pendant l'hémorragie elle n'est notablemement tuméfiée ni sur la plaie qui saigne, ni dans ses alentours : elle est seulement un peu sensible à la pression, et la température en est un peu plus élevée. »

Ces derniers mots indiquent cependant qu'il devait y avoir là des rudiments de l'œdème, dont les phénomènes président en somme à la commune genèse des flux cutanés chez les hystériques.

Magnus Hüss a bien décrit les écoulements sanguins qui se font à la surface de la peau peu ou pas altérée et qui, lorsque le sang est plus ou moins dilué par le sérum exsudé au niveau de l'œdème ou par la participation des glandes sudoripares, constituent l'*hématidrose* ou *sueur de sang*, le terme d'hémorragie devant être surtout réservé pour les cas où le tégument est ouvert, soit par une ampoule, soit par une plaie.

« L'hémorragie, dit-il, a lieu sur les deux côtés de la suture coronaire, dans une surface de trois centimètres de large sur dix de long. Le sang y filtre autour de la racine des cheveux, forme autour de chaque cheveu d'abord un point rouge, puis une goutte qui est bientôt augmentée d'une seconde goutte qui la suit de près, jusqu'à ce que plusieurs gouttes se rassemblent ainsi et coulent ensuite. Cette filtration du sang s'opère fort rapidement, au point que lorsqu'on essuie la surface saignante, elle est au bout de quelques instants de nouveau couverte de sang. Si on n'essuie pas la place, il se dépose bientôt une couche de sang qui se coagule et forme un caillot de l'épaisseur d'un centimètre et au delà. Sous cette première couche de sang filtre alors de nouveau le sang qui sort de tous côtés. »

Et nous ajouterons avec l'auteur, une fois pour toutes ces hémorragies : « La couleur du sang est toujours d'un rouge clair fort prononcé, *semblable au sang artériel.* »

Dans ce cas l'hémorragie affectait particulièrement les régions recouvertes de poils : la tête, les cils, le pubis; le sang filtrait également par la racine de quelques poils autour du mamelon gauche.

Lorsque l'écoulement a lieu dans une région dépourvue de poils, il semble se faire par l'orifice des glandes sudoripares. Toutefois, il est difficile de préciser, et cette difficulté, d'ailleurs peu intéressante à résoudre dans l'espèce, s'accroît encore lorsque l'hémorragie se fait au niveau d'une région œdémateuse.

En effet, comme nous l'avons fait pressentir, dans beaucoup de cas la peau est le siège *in situ* d'un gonflement,

d'un œdème, sur la nature duquel il est superflu, croyons-nous, d'insister plus longuement après ce que nous avons déjà dit. Cet œdème peut s'accompagner de vésicules, degré plus avancé du processus.

Tittel et M. Call Anderson (1) notent expressément l'apparition de l'hémorragie au niveau de taches érythémateuses ou de *gonflements* limités de la peau.

L'observation de Pinel (*op. cit.*) est particulièrement intéressante, en ce sens qu'il qualifie d'*érysipèle* l'œdème rosé précurseur des vésicules par lesquelles va se faire l'hémorragie.

Il s'agit d'une jeune fille qui dès « l'âge de onze ans éprouva des accès d'hystérie suivis de vomissements de sang » . Les règles s'établissent, puis se suppriment. « Les jambes deviennent *enflées,* se couvrent de vésicules, et pendant six mois le sang sort par ces petites tumeurs. Le bras gauche se *tuméfie*, le sang choisit cette nouvelle voie, les jambes se guérissent. Ce phénomène dure un an. Une troisième déviation se forme au pouce gauche à la suite d'une piqûre, et les menstrues coulent pendant six mois par cette petite ouverture. La quatrième année, immédiatement après un *érysipèle de la face*, deux ouvertures s'établissent : l'une à l'angle nasal, l'autre sur le milieu de la paupière, et ces deux pertuis fournissent pendant deux ans l'évacuation périodique, qui cesse de se faire par le pouce.

« L'abdomen devient à son tour le siège d'un érysipèle, le nombril se prend et le sang sort régulièrement pendant cinq mois par cette partie, à chaque époque menstruelle. L'écoulement insolite se fait jour pendant quatre mois par la malléole interne du pied gauche, deux mois par l'oreille du même côté, et trois fois enfin par le *sein* du côté gauche.

« Lorsque le sang ne s'échappait par aucune voie fixe, il survenait des hémorragies nasales et des *vomissements de sang* précédés de convulsions, de maux de tête et d'étourdissements. »

(1) Call Anderson, *A case of the so called ephidrosis cruenta or bloody sweat with remarks. Brit. med. Journ.*, 17 août 1867, p. 137.

Nous disions tout à l'heure que l'érysipèle si singulier observé par Pinel ne devait être autre chose qu'un trouble vaso-moteur d'origine hystérique. Nous trouvons la confirmation de notre dire dans une observation de Chambers (1).

Sous l'influence d'attaques d'hystérie, « il survenait d'abord une sensation très particulière dans une partie de la peau, sensation qui semblait prédire à la malade une éruption qui ne tardait pas à apparaître, éruption caractérisée par une rougeur érythémateuse proéminente sur le reste de la peau, mais moins prononcée toutefois que dans l'érysipèle.

« Cette éruption se couvrait, quelques heures après (rarement plus tard), d'une multitude de petites vésicules ressemblant à des sudamina ; un peu de sueur *séreuse* baignait le tout. Cette sueur ne durait pas longtemps sous forme de gouttes incolores ; elle devenait vite couleur de sang ; on voyait des petits points rouges par où le sang sortait formant de grosses gouttes ou s'épanchant d'une façon horrible sur son visage. »

Quelques mois plus tard, la malade fut admise à Saint-Mary's Hospital « pour un cas bénin d'érysipèle ».

« Cela, dit Chambers, ressemblait vraiment à un érysipèle ; mais quel fut notre étonnement et notre embarras quand nous vîmes cet érysipèle saigner ! »

Cet érysipèle, véritable substratum de l'hémorragie, ne se limitait pas d'ailleurs à la face. Pendant les attaques il se montrait au niveau des membres, du tronc, mais la perte de sang était moindre à ce niveau qu'à la figure.

Chambers pratiqua le double examen du sang, que nous réclamions pour Louise Lateau. Le liquide sanguin qui s'écoulait au niveau de l'érythème pendant les attaques était évidemment très séreux, puisqu'il « n'y avait pas de coagulum en piles », tandis que « le sang pris et examiné à l'aide d'une piqûre faite au doigt était parfait et se prenait en piles ». Le premier liquide renfermait, en outre, « des

(1) Th. R. Chambers, *Clinical lecture on a case of bloody sweat. The Lancet*, 1861, p. 207.

écailles d'épiderme », ce qui témoigne d'une active desquamation au niveau des surfaces saignantes et non ulcérées. Cette analyse de Chambers est tout à fait démonstrative en faveur de l'existence du processus œdémateux.

Dans le cas de Magnus Hüss, où l'œdème était très peu marqué, « il n'y avait pas de globules blancs exsudés, et la proportion relative du sérum semblait normale ». Toutefois, comme dans l'observation de Chambers, les globules rouges ne se prenaient pas en piles, ce qui indiquait au moins un certain degré de dilution de l'écoulement.

*
* *

L'analyse que nous avons faite des cas de saint François d'Assise et de Louise Lateau nous dispense de donner une longue description de l'écoulement sanguin qui se fait au niveau d'ampoules ou de plaies véritables, lesquelles reposent souvent sur un fond œdémateux.

Nous noterons seulement, au point de vue de l'évolution des premières de ces lésions, que les vésicules, pustules ou bulles, semblent dans la majorité des cas se flétrir, sécher et disparaître dans l'intervalle de deux poussées hémorragiques.

Lorsque la lésion est plus profonde, lorsqu'il existe une plaie, celle-ci peut également se cicatriser pour s'ouvrir à chaque nouvelle hémorragie. Plus rarement la plaie reste continuellement béante ; chez François d'Assise, il existait au niveau du côté gauche de la poitrine un véritable ulcère à bords repliés et à fond vermeil.

Ces cicatrices deviennent parfois chéloïdiennes, fait si souvent noté dans les lésions gangreneuses de la peau, terme ultime du processus. C'est évidemment à des chéloïdes qu'il faut attribuer l'aspect de *clous* adhérents que présentaient les plaies des pieds de saint François. Nous rappellerons en effet que Claire, la supérieure des Pauvres Dames de Saint-Damien, essaya d'arracher un des « clous miracu-

leux pour le conserver comme une relique, mais qu'elle ne put y parvenir ».

*
* *

La durée d'une période d'hémorragie cutanée, d'origine hystérique, est fort variable.

Elle peut être de quelques instants seulement ou s'étendre sans interruption sur un espace de cinq ou six jours (M. Hüss). Chez Louise Lateau, elle ne dépassait pas en général vingt-quatre heures. Cela dépend évidemment de la durée du paroxysme ou de l'état de mal auxquels l'hémorragie est presque toujours subordonnée.

Il est très difficile d'évaluer la *quantité de sang* rendue dans une période d'hémorragie; car il n'est pas commode de recueillir le liquide en totalité.

Louise Lateau, si l'on en croit le Dr Lefebvre, qui l'observa, rendait chaque fois en moyenne 250 grammes de sang par la peau.

Il ne faut pas oublier, en outre, que souvent l'écoulement sanguin a simultanément des localisations multiples, que les muqueuses, stomacale ou pulmonaire par exemple, participent fréquemment au raptus hémorragique. Chez la malade de Magnus Hüss, « le vomissement faisait perdre de un tiers à deux tiers de litre de sang par vingt-quatre heures, et si on admet, dit-il, que pendant le même temps il en sortait la même quantité par les parties saignantes de la peau, on voit que la malade pouvait perdre de deux tiers de litre jusqu'à près d'un litre et demi de sang par chaque jour tant que l'hémorragie continuait. Quand il n'y avait pas de vomissements, la perte de sang était bien moindre; dans les accès de courte durée, il n'en sortait que quelques onces; dans ceux de durée plus longue, de deux tiers de litre à un litre pendant toute l'attaque. » La quantité de l'écoulement peut donc être fort variable chez le même sujet.

On comprend dans quel état d'anémie et de faiblesse le malade se trouve plongé, surtout si les paroxysmes

accompagnés d'hémorragies se répètent fréquemment.

D'autant que, dans la majorité des cas observés, les hémorragies semblaient vouloir pour ainsi dire s'éterniser. C'est la loi dans l'hystérie, comme nous l'avons dit, que les manifestations se coulent toujours dans le même moule chez le même sujet. La diathèse vaso-motrice est permanente et toujours prête à manifester ses effets, comme la diathèse de contracture lorsquelle existe.

C'est ainsi que les hémorragies duraient depuis deux ans chez saint François d'Assise lorsqu'il mourut; elles s'étendaient sur un espace de sept ans chez Louise Lateau, et de six ans chez la malade de Magnus Hüss. Et encore nous ne connaissons pas la suite de ces deux observations.

La gravité relative de ces accidents est d'autant plus grande qu'il semble très difficile d'arrêter les hémorragies par des topiques ou par tout autre moyen. Nous verrons au chapitre du *Traitement* combien il est difficile d'enrayer l'évolution d'un paroxysme; or, il ne nous paraît pas douteux que les hémorragies cutanées, que la diathèse vaso-motrice, n'entrent particulièrement en activité sous l'influence des crises qu'elles spécialisent, constituant alors de véritables *attaques d'hémorragies*, suivant l'expression de Magnus Hüss.

Dans un cas que nous citerons bientôt, Rémond put faire disparaître des écoulements pulmonaires et des otorragies par simple suggestion. Ce fait prouve beaucoup plus pour l'origine psychique de ces troubles qu'en faveur de l'efficacité réelle du procédé curatif lui-même, toujours fort difficile à mettre en pratique.

Le *pronostic* des hémorragies cutanées d'origine hystérique n'est pas grave en soi. Il varie avec l'abondance et la répétition de l'écoulement. Il s'accentue dans un sens défavorable lorsque la diathèse vaso-motrice dissémine simultanément ses effets sur la peau et sur les organes internes. Nous verrons que, même dans ce dernier cas, la terminaison fatale ne paraît jamais avoir été observée. La gravité réside surtout dans ce fait : qu'à l'instar des

autres stigmates permanents, la diathèse vaso-motrice, lorsquelle existe, peut donner lieu à des manifestations pendant de longues années; mais nous entrons là dans le pronostic général de la névrose.

Quant au *diagnostic,* il nous paraît dans tous les cas facile à établir, et pour ce faire on tiendra compte bien plus de l'état du sujet et de la forme paroxystique de l'écoulement sanguin que des qualités objectives de ce dernier.

*
* *

Pour suivre logiquement le plan que nous nous sommes tracé, il importerait d'étudier maintenant les autres hémorragies si variées comme localisation, en dehors du tégument cutané, que l'on observe dans l'hystérie.

Mais, afin d'éviter des redites, nous donnerons la description des hémorragies viscérales, broncho-pulmonaires, stomacales, etc., dans les chapitres que nous consacrerons aux déterminations de la névrose sur les appareils respiratoire et digestif : l'étude d'ensemble que nous ferons alors en sera, croyons-nous, rendue plus fructueuse.

Pour le moment, nous nous bornerons aux hémorragies que l'on observe du côté des muqueuses qui tapissent les organes des sens, celles-ci pouvant être, à la rigueur, considérées comme des dépendances du tégument cutané.

Notre description sera relativement brève, par ce fait que nous n'avons plus à revenir sur les données générales : étiologie, sexe, influence des paroxysmes, etc., qui président à l'évolution des hémorragies hystériques, et au sujet desquelles nous sommes entré dans des développements qui sont encore présents à l'esprit.

Quelques-uns de ces écoulements sanguins n'ont que peu d'importance, vu leur rareté.

C'est ainsi, par exemple, que nous ne connaissons qu'un exemple d'*hémorragie de la muqueuse buccale,* qui sera rapporté au chapitre des manifestations gastriques ; il y avait, du reste, coïncidence d'hématémèses.

Par contre, les *épistaxis* sont relativement fréquentes; elles sont uni ou bilatérales, d'une abondance variable. Il suffit, croyons-nous, de les signaler, car elles ne sauraient donner lieu qu'à de rares erreurs d'interprétation. Toutefois, si elles ne coïncidaient pas avec des hémorragies cutanées, ou si elles n'étaient pas nées directement sous l'influence d'un paroxysme, elles pourraient prêter à discussion, car ce sont là des phénomènes d'observation assez courante pour que, même chez les hystériques les plus indéniables, on ait de la tendance à en exonérer la névrose.

Les *hémorragies oculaires* sont plus intéressantes que les précédentes, en ce sens qu'on les observe très rarement en dehors de l'hystérie. Les cas en sont peu nombreux.

Nous avons vu que Carré de Montgeron rapporte, dans son observation de Marguerite Duchesne, que « quelques gouttes de sang égarées dans les extrémités lui sortoient sous les ongles et dans l'angle des yeux ».

Magnus Hüss note chez sa malade des sugillations de la muqueuse qui tapisse la sclérotique. L'hémorragie peut donc se faire au niveau de la conjonctive et, se mêlant alors au liquide lacrymal, constituer les *larmes de sang* analogues à l'hématidrose.

Mais, plus souvent peut-être, l'écoulement se fait à la base des cils, plus rarement au niveau des sourcils; ce sont là, à proprement parler, des hémorragies cutanées dont l'abondance, du reste, est toujours peu considérable.

D'après ce que nous venons de dire, il semble que le flux sanguin se produise constamment soit au pourtour de l'œil, sur la peau, soit au niveau de la conjonctive. Peut-être n'en est-il pas toujours ainsi.

Dans sa thèse d'agrégation, Arnozan rapporte une observation de von Hippel, dans laquelle une femme manifestement hystérique présenta, en coïncidence avec des hémorragies conjonctivales, des troubles trophiques de la cornée paraissant en rapport avec un épanchement sanguin dans la chambre antérieure. Cette observation

mérite d'être rapportée, car nous n'en connaissons pas d'autre du même ordre.

« Chez une femme hystérique, dit-il (1), qui avait été frappée à plusieurs reprises d'anesthésies plus ou moins durables sur toute une moitié du corps, von Hippel (2), de Kœnigsberg, a vu plusieurs fois survenir des kératites diffuses avec perte de substance; la cornée se troublait, l'épithélium tombait, la chambre antérieure diminuait de capacité, la pupille devenait irrégulière et l'œil était congestionné; enfin le tonus descendait au-dessous de la normale.

« Cette femme avait des hémorragies par la conjonctive après les attaques de névralgie qui accompagnaient les poussées d'anesthésie. Lorsque le sang épanché ne se résorbait pas, les accidents que nous avons décrits se développaient; s'il se résorbait, l'œil n'était pas atteint; l'occlusion des yeux avec du collodion ou des emplâtres n'empêchait pas le développement de ces accidents. »

Il est à noter que von Hippel attribue ces troubles trophiques à des lésions du trijumeau. Il n'en reste pas moins acquis que la femme était hystérique, et il semble bien que l'hémorragie interne fût de même ordre que l'hémorragie conjonctivale. En ce qui regarde les phénomènes névralgiques, à l'époque où écrivait von Hippel on ne connaissait pas les attaques d'hystérie à forme de névralgie faciale que nous avons le premier décrites en 1891 (3). Il n'est donc pas impossible d'admettre, étant donné, comme nous l'avons vu, que les hémorragies cutanées sont souvent précédées de phénomènes douloureux paroxystiques *in situ,* qu'il s'agissait là de paroxysmes hystériques à forme de névralgie faciale et oculaire s'accompagnant d'hémorragies externe et interne du globe de l'œil sus-

(1) Arnozan, *Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux.* Th. d'agrég. Paris, 1880, p. 181.

(2) Von Hippel, *Troubles nutritifs des yeux par lésion du trijumeau. Arch. für Opht.,* t. XII, 1er fasc.

(3) Voir t. I, p. 272.

ceptibles de troubler profondément la nutrition de la cornée.

*
* *

Nous répéterons, pour les *hémorragies auriculaires* d'origine hystérique, ce que nous avons dit pour celles que nous avons déjà étudiées; elles sont très rarement isolées, à savoir que le malade, en même temps qu'il saigne de l'oreille, a généralement d'autres écoulements de même ordre par la peau, la pituitaire, la conjonctive, la muqueuse stomacale, etc.

C'est ce qui existait chez la malade de Magnus Hüss, qui à plusieurs reprises présenta un écoulement sanguin par le conduit auditif gauche. L'auteur ne se contente pas de noter cette hémorragie; il émet encore l'opinion « qu'elle avait probablement pour point de départ les glandes cérumineuses et sébacées de ce conduit », et les faits ultérieurs semblent lui avoir donné raison.

En 1890, M. Baratoux (1) publia un important mémoire sur les « hémorragies périodiques de l'oreille chez les hystériques », dans lequel, outre une observation qui lui était personnelle, il rapportait, en dehors de celui de Magnus Hüss, cinq autres cas concluants empruntés à Ferreri (2), Stepanow (3), de Moscou, Petiteau (4), Eitelberg (5) et Gradenigo (6). Depuis cette époque, MM. Luc (7) et Rémond (8) ont également apporté leur contribution au sujet qui nous occupe.

(1) Baratoux, *Revue de laryngologie*, t. X, 1890, p. 121.
(2) Ferreri, *Lo Sperimentale*, 1882.
(3) Stepanow, *Monatschft. f. Ohrenh.*, 1885, n° 11, p. 321.
(4) Petiteau, *Marseille médical*, 1885.
(5) Eitelberg, *Intern. klin. Rundschau*, 1888, n°s 3 et 4.
(6) Gradenigo, *Accad. di med. di Torino*, 1889.
(7) Luc, *Contribution à l'étude des hémorragies névropathiques de l'oreille sans perforation de la membrane tympanique. Arch. internat. de laryngologie*, etc., t. IV, n° 1, février 1891, p. 14.
(8) Rémond, *Note sur un cas d'hémorragies auriculaires, oculaires et palmaires de nature hystérique. Languedoc médical*, 11 décembre 1891, n° 6, p. 63.

Gellé, dans son *Précis des maladies des oreilles* (p. 72), fait encore allusion à un cas du même ordre. Il cite en outre quelques auteurs anciens comme s'étant occupés de cette question, et, d'après une note annexée à son livre, le Dr Noguet (1), de Lille, aurait aussi observé un fait d'hémorragie auriculaire d'origine hystérique.

Dans toutes ces observations, sauf dans une dont nous reparlerons, il s'agissait de femmes, ce qui ne veut pas dire cependant que les hommes ne puissent être atteints d'hémorragies auriculaires liées à la névrose. La question des rapports qui unissent ces troubles à l'écoulement menstruel ne s'en pose pas moins. Elle a été résolue, comme pour les autres flux sanguins de même ordre, par l'indépendance au moins relative des deux écoulements, indépendance qui existait à l'état absolu dans les cas de M. Hüss, de Petiteau et de Baratoux.

Si nous revenons sur ce point particulier qui a été déjà plusieurs fois discuté, c'est que M. Baratoux (2), en 1880, a publié un premier mémoire dans lequel il a cherché a démontrer que, chez des femmes indemnes d'hystérie, il pouvait exister des hémorragies de l'oreille survenant aux époques menstruelles et destinées à compléter ou même à suppléer totalement le flux périodique. Chez toutes ces malades, — fait particulier, — il existait déjà une lésion plus ou moins ancienne de l'oreille moyenne avec perforation du tympan, alors que la caractéristique des hémorragies hystériques consisterait en ce fait qu'elles ont lieu généralement au niveau du conduit auditif externe sain et sans perforation de la membrane tympanique. Au moins, les cas d'hémorragie hystérique de l'oreille interne ou moyenne ne sont-ils pas encore connus.

Comme les autres hémorragies hystériques, l'écoulement auriculaire survient souvent à l'occasion de paroxysmes convulsifs dans lesquels les symptômes cépha-

(1) Noguet, *Bull. méd. du Nord*, 1880, n° 10.

(2) Baratoux, *Des affections auriculaires et de leurs rapports avec celles de l'utérus*. Paris, 1888.

liques : sensations congestives ou de chaleur dans les oreilles, bourdonnements, vertiges, sont surtout marqués. Chez la malade de Gradenigo, dont les hémorragies étaient précédées de crises d'éternuements, il y avait un œdème passager périauriculaire. Chez celle de Stepanow, à côté de prodromes otocéphaliques, il existait des phénomènes prémonitoires d'une localisation différente : dyspnée, palpitations, diarrhée nerveuse. Chez toutes les malades, l'apparition du sang entraînait avec elle la disparition de ces divers symptômes précurseurs, qui peuvent d'ailleurs faire défaut.

Presque toujours le siège de l'hémorragie est unilatéral ; cependant, dans les cas de Stepanow, de Baratoux et de Luc, il fut bilatéral, avec prédominance d'un côté sur l'autre. Aucune règle précise n'est à formuler au point de vue de l'oreille droite ou gauche.

Sauf dans les observations de Ferreri et de Stepanow, où la perte de sang surpassa en abondance celle d'une menstruation ordinaire, en règle générale l'hémorragie fut insignifiante (un petit verre, un dé à coudre) et de courte durée. Chez les malades de Stepanow et de Gradenigo non menstruées, elle affecta le type périodique.

Dans le plus grand nombre des cas, l'oreille siège de l'écoulement sanguin était frappée de surdité plus ou moins complète, permanente ou passagère. Cette surdité était certainement d'origine hystérique, purement dynamique, car jamais l'examen ne révéla de lésions organiques suffisantes pour l'expliquer, d'autant qu'elle fut souvent transitoire. Nous avons établi que dans ces cas de surdité hystérique (t. I, p. 188) il existe souvent de l'anesthésie du conduit auditif, phénomène relaté dans nombre des observations où l'hémorragie fut notée.

A propos de la coexistence de phénomènes organiques, Luc note, fait exceptionnel, que dans son cas, de même que dans ceux d'Eitelberg et de Gradenigo, on constatait des lésions chroniques de la caisse ; mais il a soin d'ajouter, et son opinion mérite d'être prise en considération, « que

celles-ci ne sauraient expliquer un abaissement de l'ouïe survenant au moment de la perte de sang et s'amendant ultérieurement ».

Rémond (*op. cit.*) signale la présence de papillomes dans le conduit auditif d'une femme sujette à des hémorragies auriculaires dues à la névrose.

Du reste, si l'existence de lésions chroniques paraît être dans quelques cas une cause prédisposante, nous dirions mieux localisatrice, des phénomènes hystériques, l'importance de cette pathogénie ne saurait être cependant exagérée, car, dans tous les cas où l'examen otoscopique fut pratiqué, l'écoulement, nous l'avons dit, se faisait exclusivement au niveau des parois du conduit auditif externe dont l'investigation est facile et les lésions chroniques rares.

C'est ainsi que la plupart des auteurs qui ont observé des cas d'otorragie ont mentionné ce fait intéressant qu'ils avaient pu, à la suite de l'écoulement, constater une petite agglomération de points noirâtres sur la paroi postérieure du conduit auditif osseux. De Rossi put en outre assister sur la malade de Ferreri, et Baratoux sur la sienne, à la production du phénomène. Tous les deux virent le sang perler sous forme de nombreuses et fines gouttelettes au niveau de cette région, la seule, comme le fait remarquer Baratoux, qui possède des glandes cérumineuses.

Ce détail, noté pour la première fois par Magnus Hüss, fournit un important appui à l'opinion fort vraisemblable d'après laquelle les hémorragies hystériques de la peau se produiraient, lorsqu'il n'existe pas de solutions de continuité, par les glandes ou les follicules pileux des téguments. Nous voyons, en effet, ces exsudations se produire de préférence dans les régions cutanées riches en follicules pileux (cuir chevelu, aisselle, pubis) ou en orifices glandulaires (pulpe des doigts, paume de la main), ou à la fois en follicules et en orifices glandulaires (mamelon).

A ce propos, Luc, considérant que dans le conduit au-

ditif l'hémorragie se fait au niveau des orifices des glandes cérumineuses, admet, et son opinion paraît plausible, « qu'il est possible que l'accumulation sur certains points de la paroi de ces glandes à conduits excréteurs richement vasculaires ne soit pas sans jouer un certain rôle prédisposant dans la localisation relativement fréquente des hémorragies névropathiques sur ce territoire limité de nos téguments. »

Le *diagnostic* différentiel des hémorragies auriculaires chez les hystériques mérite de nous arrêter un instant. Dans certains cas on pourrait hésiter, bien que l'hésitation ne puisse jamais être de longue durée et entraîner avec elle un pronostic défavorable.

C'est ainsi qu'à la suite d'une attaque dont les divers éléments n'ont pas été soumis à l'observation directe, le malade peut être plongé dans un état léthargique conduisant, en présence d'un écoulement sanguin par l'oreille, à penser à une chute suivie de fracture du rocher. C'est là une hypothèse dont nous ne connaissons pas d'exemple, mais auquel il faut néanmoins songer. L'évolution ultérieure des accidents ne tardera pas à lever tous les doutes. Dans tous les cas, l'examen direct de l'oreille permettra d'éviter même l'hésitation puisque, dans aucune des observations connues, le tympan n'était intéressé, l'hémorragie dans l'hystérie étant tout externe, ce qui est le contraire dans la fracture du crâne.

On peut admettre cependant une hémorragie hystérique coexistant avec une déchirure ancienne du tympan et des lésions chroniques de l'oreille moyenne; l'examen local, dans ces cas, révélera l'ancienneté des lésions, et l'examen général l'origine interne du processus.

MM. Luc et Cartaz ont eu l'occasion d'observer un homme *épileptique* âgé de vingt-huit ans qui leur avait été adressé par M. Féré. A plusieurs reprises, à la suite des accès, était survenu un écoulement de quelques gouttes de sang par l'oreille. La chute avait lieu le plus souvent sur la face, sur le front. Bien que, au moment

où le malade fut examiné, l'arcade orbitaire gauche fût déformée et tuméfiée, la région de l'oreille gauche, siège de l'écoulement sanguin, ne présentait aucune trace de contusion. Le tympan était intact, l'hémorragie se faisait par le conduit auditif externe. Faut-il voir dans ce cas un simple effet traumatique ou des phénomènes congestifs analogues à ceux qui, chez certains épileptiques, produisent un piqueté hémorragique de la région cervicale? La question est difficile à résoudre. Jusqu'à présent, autant au moins que nos recherches nous permettent d'en juger, cet exemple d'hémorragie auriculaire reste unique dans les annales de l'épilepsie. Il n'était pas moins nécessaire de le signaler, car c'est une difficulté de plus à ajouter aux autres si nombreuses dans le diagnostic entre l'accès de mal comitial et l'attaque d'hystérie.

*
* *

Nous allons essayer maintenant de pénétrer le mécanisme intime qui préside à l'apparition, à la localisation, à la configuration et à l'évolution des manifestations de la diathèse vaso-motrice dans l'hystérie, particulièrement dans ses déterminations cutanées.

Les faits sur lesquels nous nous appuierons sont de deux ordres : les uns consistent en des observations de lésions spontanées. Les autres, d'ordre expérimental, sont tirés de la possibilité où l'on est de reproduire dans l'état d'hypnotisme, chez quelques malades, un certain nombre des manifestations que nous avons décrites. Cette méthode de recherches a donné à M. Charcot les résultats les plus démonstratifs. Nous rappellerons que par l'étude que nous avons faite, avec M. Cathelineau, des échanges nutritifs dans l'hypnose, nous avons été amené à considérer l'état hypnotique comme une véritable attaque d'hystérie provoquée. Dans ces conditions, l'influence d'un état hypnotique peut donc être assimilée à celle qu'exercerait une attaque, un paroxysme lié à la névrose.

Dans un grand nombre de cas spontanés, il est permis de reconnaître que les suggestions nées du rêve de l'attaque ont une action directe sur l'apparition, la localisation et l'évolution des manifestations de la diathèse vaso-motrice.

Nous rappellerons que chez Madeleine Bavent, chez la malade de Bergeret, les ecchymoses apparaissaient au niveau des coups fictifs qu'elles croyaient avoir reçus pendant leur attaque démoniaque.

Chez Louise Lateau, l'attaque de crucifiement donnait lieu à la production d'hémorragies répondant aux stigmates de Jésus-Christ sur la croix.

Enfin la malade de Magnus Hüss pouvait à volonté, en déterminant elle-même l'apparition d'une attaque ou de son équivalent psychique, faire naître une hémorragie du cuir chevelu.

Allant plus loin, nous allons maintenant montrer que ce mécanisme psychique est mis en œuvre par le paroxysme susceptible, dans certains cas, de produire des lésions *figurées*.

Nous prendrons notre exemple chez Sœur Jeanne des Anges, la supérieure des Ursulines de Loudun, dont l'histoire clinique renferme pour ainsi dire l'hystérie tout entière.

Un jour, à la suite d'une attaque, elle vit apparaître sur le dos de sa main gauche les mots de « Jésus, Maria, Joseph ».

Ces noms étaient tracés « en beaux caractères vermeils et sanglants (1) ». On cria au miracle; comment une telle inscription pouvait-elle exister, d'autant que les caractères s'atténuaient, puis « se renouvelaient » à intervalles variables, sans que la surveillance la plus attentive permît de déceler le moindre attouchement, la plus petite supercherie ?

La Sœur, cependant, donnait l'explication véridique, et fort plausible aujourd'hui, du phénomène.

« On sera bien ayse, dit-elle, de savoir de quelle manière

(1) Legué et Gilles de la Tourette, *Sœur Jeanne des Anges, op. cit.*, p. 213.

les noms de Jésus, Maria, Joseph, se renouvellent de tems en tems sur ma main. Ils s'effacent peu à peu, et les jours qu'ils sont renouvelés ils deviennent vermeils et transparents.

« Ce renouvellement se fait par mon bon ange; ce qui me le fait croire :

« 1° Est que cela arrive ordinairement la veille des grandes festes ou la nuit lorsque je suis en oraison ou le jour de la feste lorsque je communie;

« 2° Parce que pour lors mon esprit est élevé à Dieu et mon âme reçoit une consolation intérieure;

« 3° Parce que, à l'extérieur, l'opération est fort douce. Je sens pour lors un fourmillement (1) en la main, très délicat; quelques foys même, mon saint ange m'oste invisiblement le gand que je porte en la main, non pas que je voie oster ce gand mais je m'aperçois qu'il est osté. »

Et son bon ange opère de la façon suivante, évidemment au cours d'une attaque, et l'opération fictive à laquelle il se livre produit les mêmes effets que si l'opération était réelle : « Lorsqu'il veut renouveler les marques, il me prend la main d'une façon très douce, quelques foys il m'oste le gand qui la couvre; puis il fait un mouvement comme si une personne *m'écrivoit sur ma main*. Il commence toujours par former le saint nom de Jésus. »

Cette hallucination figurée, pour ainsi dire, est suffisante chez les hystériques très suggestionnables pour produire des caractères figurés.

Nous noterons encore que, chez Sœur Jeanne, les caractères, lorsqu'ils avaient duré un certain temps, apparaissaient comme « s'ils avoient été desséchés, à demy biffés et comme égratignés ». Cette *égratignure* correspondait évidemment à la desquamation qui se produit lorsque les troubles vaso-moteurs de la peau se prolongent et que les

(1) Ce fourmillement, fréquemment observé dans les cas où il n'existe pas de véritables douleurs, prend parfois les caractères d'une démangeaison qui porte les malades à se gratter et détermine ainsi l'exagération des phénomènes vaso-moteurs sous forme de dermographie ou d'urticaire. (G. T.)

cellules épidermiques, insuffisamment nourries, tombent et s'éliminent d'elles-mêmes.

Pour ce qui est de l'influence directe des attaques sur l'apparition et la production de ces phénomènes, il nous suffira de citer le passage suivant :

« Le jour de Sainte-Thérèse, dit Sœur Jeanne (*op. cit.*, p. 205), le dix-septième du même mois, le Père Surin, quoique très languissant, ayant dit la messe, il apporta le Saint Sacrement à la grille pour me communier. Comme il disait ces paroles : « *Corpus Domini Jesu-Christi* », je fus tourmentée extraordinairement. J'eus une furieuse contorsion qui me plia en arrière, mon visage devint effroyable. Dans ce moment le Père vit très manifestement se former sur ma main le nom de Jésus, au-dessus des noms de Marie et de Joseph, en beaux caractères vermeils et sanglants. »

*
* *

On pourrait peut-être discuter sur les observations que nous venons de rapporter ; mais il est impossible de n'être pas convaincu, en présence des faits que nous allons maintenant analyser. L'expérimentateur va pouvoir à son gré reproduire la totalité, pour ainsi dire, des troubles trophiques que nous avons décrits, en plongeant le sujet dans l'état hypnotique, véritable crise d'hystérie provoquée.

Les expériences dont nous allons parler ne peuvent être reproduites chez tous les hystériques, même chez les plus faciles à hypnotiser, parce qu'il faut naturellement que le sujet présente, comme stigmate permanent, la diathèse vaso-motrice dont les formes très accentuées sont en somme peu fréquentes. Elles ont une portée très considérable, car elles prouvent qu'une action psychique, d'essence purement dynamique, est susceptible de produire le trouble organique le plus caractérisé.

En 1884, M. Focachon, pharmacien à Charmes-sur-Moselle (Vosges), suggéra à une hystérique de trente-neuf

ans, pendant le sommeil provoqué, qu'il se produirait au-dessus de l'aine gauche, siège actuel d'une douleur, une *vésication* qui, le lendemain, se présentait sous la forme d'une bulle remplie de sérosité. « Il recourut au même procédé pour faire disparaître chez la malade une douleur névralgique située à la région claviculaire droite; par simple affirmation verbale faite pendant le sommeil somnambulique, il produisit des brûlures en tout semblables à celles qu'eût données l'application de pointes de feu; ces brûlures bien nettement accusées laissèrent des eschares réelles (1). »

Afin de déjouer la simulation, le 12 mai 1885, on place sur l'épaule gauche de cette hystérique, dans un endroit qu'elle ne peut atteindre avec la main, « huit carrés de timbres-poste gommés, en lui suggérant qu'on lui applique un vésicatoire. Le papier de timbres-poste est maintenu par quelques bandes de diachylon et par une compresse, puis le sujet est laissé dans cet état toute la journée, après avoir été réveillé deux fois pour le repas de midi et celui du soir; mais on la surveille et on ne la perd pas de vue. Pour la nuit, M. Focachon l'endort... » Le lendemain, on note les premiers degrés d'une vésication que remplacèrent dans l'après-midi de véritables phlyctènes.

M. Focachon fit sur la même personne d'autres expériences, qui prouvent quelle puissance acquiert, au point de vue des troubles trophiques, la mise en œuvre de la suggestibilité chez les hystériques. Il prit un emplâtre de toile vésicante qu'il divisa en trois morceaux. L'un fut placé comme témoin sur la poitrine d'un tuberculeux; le deuxième sur l'avant-bras droit; le troisième sur l'avant-bras gauche de la malade. Plongée en somnambulisme hypnotique, on lui affirma que l'emplâtre du bras gauche était tout à fait inefficace; le lendemain la vésication s'était produite uniquement sur le bras droit, et aussi comme témoignage de son action véritable, l'emplâtre

(1) Liégeois, *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale*, 1889, p. 283 et suiv.

avait déterminé une vésication réelle sur la poitrine du tuberculeux.

M. Mabille (1) a fait quelques recherches de même ordre d'autant plus intéressantes qu'elles nous montrent que c'était nettement, dans son cas, à la faveur d'une véritable crise d'hystérie que se produisaient les stigmates.

Il suggère à un homme hystérique plongé dans le sommeil hypnotique, qu'un quart d'heure après son réveil apparaîtra, sur un endroit de l'avant-bras qu'il marque à l'avance, un V *qui saignera*.

Un quart d'heure après cet ordre, dit-il, « V... est pris de la *crise* que nous avons l'habitude d'observer chez lui, lorsque les stigmates lui ont été suggérés. A la fin de cette crise, nous examinons son bras et nous voyons un V, et ce V est couvert de sang. Cette effusion sanguine s'est produite au lieu et place du V suggéré. »

Les malades chez lesquels peuvent se produire des troubles trophiques soit par suggestion directe, soit par auto-suggestion, ne sont pas très communs, avons-nous dit, outre qu'ils sont tous hystériques. C'est ainsi que l'homme étudié par M. Mabille est le même dont l'histoire a été rapportée par MM. Bourrut et Burot (2), par M. Berjon (*op. cit.*), par M. Peter (3).

Ce malade présentait de plus, en dehors de toute intervention hypnotique, le phénomène de l'*haphalgésie* de Pitres (4). Le contact de l'or produisait chez lui, non seulement une sensation très douloureuse, mais encore déterminait l'apparition d'une ampoule de brûlure au deuxième degré, présentant la forme et les dimensions de la partie de l'anneau qui avait touché la région dorsale de la main. La petite plaie qui se produisait de la sorte mettait fort

(1) Mabille, *Note sur les hémorragies cutanées par auto-suggestion dans le sommeil provoqué. Progrès médical*, 1885, n° 35, p. 155.

(2) Bourrut et Burot, *Congrès pour l'avancement des sciences*. Grenoble, 1885.

(3) Peter, *Un cas curieux d'hystérie; sensibilité des téguments au contact de l'or. Gaz. des hôp.*, 6 mars 1888.

(4) Voir t. I, p. 163 et suiv.

longtemps à se cicatriser. L'attouchement avec un crayon en similor ne déterminait aucun phénomène particulier.

M. Ferroud (1) a provoqué, lui aussi, des hémorragies de l'avant-bras et du dos de la main chez une hystérique. De même, M. Rémond, dans l'observation que nous avons citée, fit-il disparaître et apparaître des écoulements sanguins oculaires et palmaires dans le sommeil hypnotique.

Mlle Bl. Edwards (2), expérimentant sur un hystérique du service de M. Charcot, âgé de vingt et un ans, a prouvé péremptoirement qu'on pouvait produire, à un endroit déterminé à l'avance, ces phénomènes vaso-moteurs, *sans se livrer à aucun attouchement direct.*

« Un matin, dit-elle, alors que le malade était en état de somnambulisme, nous lui suggérâmes qu'il venait de se brûler le poignet avec un fer de tailleur; aussitôt il se plaignit d'une vive cuisson, et fixant son poignet : « Oh ! qu'il est rouge! » dit-il. Nous continuâmes en insistant sur la rougeur et lui annonçant qu'il allait avoir une ampoule; nous dûmes paralyser l'autre membre pour éviter qu'il portât la main sur le poignet brûlé, et ensuite nous dûmes limiter avec un crayon la région brûlée, car la rougeur s'étendait plus qu'il n'était utile. La rougeur devenait intense et bientôt, ainsi que nous le lui répétions, la peau se souleva et, au bout de vingt minutes environ, l'ampoule était formée. Alors nous suggérâmes l'anesthésie, mîmes un pansement et le laissâmes avec sa main « brûlée » sans que nous ayons toléré, ni de sa part, ni de la nôtre, la moindre pression sur la région « brûlée », qui était celle que nous avions limitée, de la grandeur environ d'une pièce de cinq francs... Le lendemain même, devant quelques collègues, nous fîmes une deuxième brûlure sur l'autre poignet; mais cette fois nous réveillâmes le malade dès que, la suggestion ayant été faite, nous eûmes obtenu

(1) Ferroud, *Une stigmatisée. Communication à la Soc. de méd. de la Loire, in Bull. méd.*, p. 312, 1890.

(2) Bl. Edwards, *Quelques faits de suggestion. Progrès médical*, 1890, n° 25, p. 500.

une simple rougeur, après lui avoir annoncé la vésication consécutive et l'eschare; celles-ci se réalisèrent au grand étonnement du malade, qui ne se rappelait nullement s'être brûlé. Les deux ampoules firent place à une eschare peu profonde qui laissa une cicatrice légère. »

A rapprocher du cas précédent les observations de Rybalkin (1) sur un homme hystérique. On avouera que la pathogénie des stigmates figurés de Sœur Jeanne des Anges s'éclaire singulièrement à la lumière de ces faits.

Ainsi donc, il est possible de produire par simple suggestion, en plaçant un sujet dans la période somnambulique du grand hypnotisme tout à fait analogue à la période somnambulique de l'attaque d'hystérie, des troubles trophiques aussi accentués qu'une eschare. Et on peut les localiser, les faire naître sous une forme déterminée sans même toucher la partie du tégument qui va en être le siège.

On détermine ainsi des ampoules, des eschares, des hémorragies cutanées; on peut enfin, de cette façon, reproduire l'*œdème bleu* des hystériques. C'est ce qu'a montré de la façon la plus précise M. Charcot (2), qui, pénétrant encore plus avant dans le mécanisme de ces manifestations, a établi qu'on pouvait de la même façon faire disparaître l'œdème qu'on avait provoqué. Retenons ce dernier fait : sa notion nous sera de la plus grande utilité en ce qui regarde le traitement des troubles trophiques et de beaucoup d'autres manifestations de la névrose.

(1) Rybalkin, *Bolnitchaia Gazetà Botkina,* nos 26, 27, 28, 1890. Anal. *in Arch. de Neurol.*, t. XXXI, 1891, p. 449.

(2) *Clinique des maladies du système nerveux,* publiée par G. Guinon, t. I, 1892, p. 108 et suiv.

CHAPITRE ONZIÈME

TROUBLES TROPHIQUES DES ANNEXES DE LA PEAU ET DES TISSUS PROFONDS. — LA FIÈVRE HYSTÉRIQUE.

Troubles trophiques des cheveux, des poils et des ongles. — Diminution de la tension électrique du corps.

Le sein hystérique. — Willis ; Fréd. Hoffmann ; Carré de Montgeron : Watson ; A. Cooper ; *Brodie ;* Landouzy ; *Liouville et la thèse de Connard* 1876 ; Bourneville et Regnard ; Fabre ; Fowler, etc. — Constitué par une *zone hyperesthésique hystérogène et l'œdème* du tissu conjonctif de la glande. — *Étiologie :* Sexe féminin ; contusion ; état psychique. — Unilatéralité très fréquente. — *Description.* — Zone hystérogène de la peau de la mamelle. — Douleurs spontanées *in situ.* — *Crises de gonflement accompagnées ou non d'un paroxysme convulsif.* — Aspect variable des téguments. — *Forme à tumeurs de Fowler.* — Marche ; durée. — Anatomie pathologique. — Diagnostic. — *Interprétation rétrospective du cas d'Anne Augier et de celui de la demoiselle Coirin rapportés par Carré de Montgeron.*

L'atrophie musculaire hystérique. — Carré de Montgeron. — Kalkoff. — *Le mémoire de Babinski* 1886. — Massalongo ; Debove ; *Gilles de la Tourette et Dutil,* etc. — *Étiologie.* — Caractères généraux. — *Formes variées :* généralisées, localisées. — *Réactions électriques.* — Diagnostic ; pronostic ; nature.

Cas complexes : atrophie des muscles de la peau et des os ; chute des dents ; craquements synoviaux.

La fièvre hystérique. — Admise par les anciens auteurs : Baillou, Rivière, Morgagni, Pomme, etc. — Rejetée par l'école physiologique de Broussais. — Admise à nouveau par Briquet, Gagey, Briand. — Rejetée par Pinard ; *pseudo-fièvre hystérique.* — Admise à nouveau par Debove et les observateurs actuels. — *Description :* fièvre hystérique proprement dite ; fièvre avec phénomènes hystériques concomitants. — Simple coexistence des attaques. — Irrégularités des courbes thermiques. — *Hyperthermie et hypothermie.* — Dissociation de la température ; du pouls et de la respiration. — *Diagnostic ; pronostic.*

Étude des échanges nutritifs dans la fièvre hystérique. C'est un équivalent thermique de l'attaque, ou mieux un paroxysme à forme de fièvre.

Les troubles trophiques que nous avons décrits dans les précédents chapitres constituent un faisceau dont tous les éléments semblent être autant de manifestations de cette

diathèse vaso-motrice dont nous avons admis l'existence en nous basant beaucoup plus sur les faits cliniques que sur des considérations doctrinales. Ce ne sont pas les seuls que puisse produire l'hystérie. Parmi ceux dont nous allons maintenant donner la description il en est, le sein hystérique par exemple, qui semblent bien susceptibles de la même interprétation que les précédents; par contre, pour certains autres, l'influence de l'hystérie restant indéniable, la pathogénie semble nous échapper complètement. Nous nous contenterons, en ce qui regarde ces derniers, de l'exposé clinique des faits.

Nous procéderons dans notre description en allant des lésions des annexes de la peau à celles des tissus profonds.

*
* *

En 1861, M. Charcot (1) publiait, dans la *Gazette hebdomadaire,* un article dans lequel il montrait nettement l'influence des émotions morales vives sur la production d'une *canitie instantanée*. Dans ce mémoire il n'est pas fait mention de l'hystérie, bien qu'à notre avis certains faits empruntés à divers auteurs puissent être rapportés à la névrose. C'est ainsi qu'Eulenburg (2) note la décoloration partielle et persistante des cheveux chez un homme sain en apparence qui, à la suite de coups reçus sur la nuque, fut atteint de névralgies, d'accès épileptiformes (?), et devint hystérique.

M. Féré (3) fait ressortir l'influence de l'hystérie en général, et des attaques en particulier, sur certains troubles trophiques de la chevelure.

« J'avais été, dit-il, depuis longtemps frappé de voir chez certains hystériques un grand nombre de cheveux

(1) J.-M. Charcot, *Œuvres complètes,* t. VIII, p. 191.

(2) Eulenburg, *Handb. für Nervenkrankheiten,* t. I.

(3) Féré, *Note sur un trouble trophique des cheveux survenant à la suite des attaques chez les hystériques. C. R. et Mém. de la Société de biologie.* Paris, 1886, p. 594.

fendus à leurs extrémités et divisés en deux ou trois faisceaux sur une longueur plus ou moins grande.

« L'une d'elles m'avait affirmé très catégoriquement que ce phénomène survenait chez elle à la suite des séries d'attaques, mais je n'avais jamais pu observer le fait directement.

« Une hystérique qui porte les cheveux courts et les coupe très fréquemment m'a procuré l'occasion de faire une observation plus rigoureuse de cette particularité qu'elle avait remarquée elle-même. J'ai pu constater l'intégrité de ses cheveux dans la période prémonitoire de l'attaque et au moment de l'attaque ; et le lendemain, presque tous les cheveux, et notamment ceux qui sont rabattus sur le front, étaient bifides à leur extrémité. Je ne suis pas en mesure de donner des interprétations de ce phénomène, mais je le crois peu connu. »

La *chute des cheveux* a été notée par plusieurs auteurs. Fabre (1) l'a observée, ainsi d'ailleurs que la canitie et certaines autres altérations de la chevelure.

« Cette action trophique, dit-il, qui frappe ainsi la peau dans toute sa profondeur et jusqu'aux parties sous-jacentes, peut se faire sentir aussi sur les annexes de la peau. J'ai vu une hystérique chez qui, à la suite de chagrins, ont poussé des mèches blanches dans les cheveux, tandis que sur d'autres points les cheveux étaient devenus secs et cassants ; une autre hystérique perdit sans motifs et sans maladie tous ses cheveux, qui heureusement repoussèrent assez vite à la suite de frictions avec un mélange de teinture de cantharides et d'alcoolat de Fioraventi. »

En 1877, Marius Carre (2) rapporte l'observation d'une hystérique sujette à des hémoptysies. Pendant toute une période où les attaques furent très répétées, elle « fut tourmentée par une irritabilité extrême *et des douleurs de tête à forme névralgique qui furent suivies d'alopécie* ». Nous

(1) Fabre, *L'hystérie viscérale, op. cit.*, p. 101.

(2) M. Carre, *Hémoptysies nerveuses. Arch. gén. de méd.*, t. XXIX, 1877, p. 195, obs. IX.

retrouvons la coexistence de phénomènes douloureux hystériques et la production de troubles trophiques *in situ*.

Nous avons nous-même publié une observation (1) dans laquelle nous relevons que, dans une période d'états de mal successifs, à forme délirante, qui s'étendit sur un espace de deux mois, les cheveux tombèrent, pour repousser ensuite lorsque l'état morbide s'améliora.

En 1890, Moebius (2) a noté une atrophie générale du système pileux chez une hystérique.

Sous le nom d'alopécie *neuro-traumatique,* MM. Krotkoff et V. Strokine (3) ont donné l'observation d'un homme de dix-neuf ans, atteint très probablement d'hystérie traumatique, chez lequel les cheveux et tous les poils de la barbe tombèrent. Il nous semble, autant que nous pouvons en juger, que, dans ce cas, il s'agissait de pelade. A la vérité, nous n'ignorons pas qu'un certain nombre d'auteurs soutiennent encore l'origine nerveuse de quelques formes de cette affection.

L'atrophie des poils peut être remplacée par leur *développement exagéré,* qui est au même titre une manifestation trophique. C'est ainsi que M. Lejamptel (4), dans sa thèse inaugurale, consacre un paragraphe aux « modifications survenues dans le développement du système pileux et des ongles sur les membres paralysés hystériques ».

Lorsque la paralysié dure depuis un certain temps, il se montrerait un développement exagéré du système pileux et des ongles au niveau des parties paralysées, s'accompagnant d'un épaississement de la peau, qui devient sèche et rugueuse. « Chez deux de nos paralysées, dit-il, dont les

(1) Gilles de la Tourette, *De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes. Nouv. Icon. de la Salp.*, t. II, 1889, obs. II, p. 125.

(2) Moebius, *Allgemeiner Haarschwund bei einer Hysterischen. Neur. Centr.*, 15 sept. 1890, p. 567.

(3) *Alopécie neuro-traumatique. Meditzinkoë Obozrénié*, 1889, t. XXXII, n° 17, p. 391-394, Moscou.

(4) Lejamptel, *Etude sur les paralysies musculaires de nature hystérique.* Th. Paris 1872, p. 13.

cheveux étaient noirs et abondants, la jambe, la cuisse, le bras et surtout le dos de la main, se sont recouverts de poils noirâtres et assez longs, tandis que la peau du côté opposé conservait son velouté, sa finesse, et restait à peu près glabre. Chez les personnes blondes ce phénomène est moins apparent, mais il existe. L'épaississement du derme est toujours prononcé, quelle que soit la couleur de la malade. »

Il rapporte à ce propos l'histoire d'une jeune fille brune de dix-huit ans, « vivant au quartier latin, qui fut prise d'une petite toux sèche et quinteuse à laquelle elle n'eût probablement pas fait grande attention, si la sollicitude des étudiants, qui la jugeaient phtisique ne, l'avait fait entrer dans le service de M. Pidoux. Celui-ci reconnut vite la toux hystérique, et le traitement fut dirigé en conséquence. Elle se trouvait à l'hôpital depuis trois jours, lorsque, à la suite d'une violente crise, elle fut frappée d'hémiplégie gauche. Ceci se passait au mois de décembre 1871. De nouvelles attaques ayant mis obstacle à l'amélioration qui s'était lentement produite, au commencement de mai, les ongles de la main gauche présentaient un épaississement considérable ; le bras et la main étaient tout velus, ce qui l'ennuyait fort, mais par contre excitait l'hilarité de ses compagnes. »

Dans l'observation I d'Oulmont et Touchard (*op. cit.*), le membre supérieur gauche étant contracturé, il existait, concuremment avec d'autres troubles trophiques, « de l'ébranlement et une friabilité particulière des ongles qui sont recourbés à leur partie inférieure et ont perdu leur brillant propre ».

Dans ce cas comme dans celui de Lejamptel, le trouble trophique des ongles siégeait sur un membre atteint de paralysie ou de contracture.

Il n'en est plus de même dans les suivants. En 1887, Falcone (1) a rapporté l'histoire clinique d'une femme,

(1) Falcone, *Alterazione trofiche e caduta spontanea delle unghie in una dona isterica. Gazzetta di. osp.* Milan, 1887, t. VIII, p. 156.

chez laquelle, à la suite de divers accidents hystériques, survinrent des fourmillements dans les doigts et dans les orteils, dont les ongles se montrèrent bientôt dépolis, rugueux et recroquevillés. A la main, le long de la matrice unguéale de quelques doigts, il se développa de la suppuration peut-être par infection secondaire ; toujours est-il que les ongles tombèrent et repoussèrent, mais peu solides et dépolis. Aux orteils, ils tombèrent aussi, mais repoussèrent normaux.

M. Pitres (1) s'exprime ainsi : « On peut observer chez les hystériques des chutes spontanées des ongles analogues à celles qui se produisent fréquemment chez les ataxiques. Deux de nos malades ont présenté nettement ce phénomène... Chez la première, les ongles des cinq orteils droits sont tombés une fois ; chez le second, les ongles des deux gros orteils se sont détachés spontanément cinq ou six fois dans l'espace de quatre années. »

Tels sont les documents que nous possédons sur les troubles trophiques des poils et des ongles. Il ne faudrait pas croire, toutefois, que ces altérations soient aussi fréquentes que semble le penser M. Lejamptel, au cours des paralysies hystériques en particulier.

*
* *

Certains hystériques présentent des phénomènes, curieux à plus d'un titre, qu'on pourrait faire rentrer dans la catégorie des troubles trophiques ; nous voulons parler de la *diminution de la tension électrique du corps*.

« On a rapporté dans un journal de médecine, dit Louyer-Villermay (2), l'histoire d'une dame affectée d'hystérie et qui laissait dégager, par le moindre contact, des étincelles électriques. J'ai vu beaucoup d'exemples de la maladie hystérique, et je n'ai jamais rencontré cette parti-

(1) *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, op. cit.*, t. I, p. 493.
(2) Louyer-Villermay, *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs*, t. I. Paris, 1816, p. 90.

cularité chez une personne sujette à cette névrose ; mais comme on l'observe dans d'autres circonstances, ce fait ne nous semble offrir en lui-même rien d'invraisemblable. Le phénomène suivant, dont nous avons la certitude, paraîtra tout aussi extraordinaire : c'est le développement d'un *emphysème essentiel* chez une femme hystérique, et sans aucune lésion extérieure et sans aucune communication avec les poumons. »

Si l'emphysème essentiel de Louyer-Villermay n'a pas été observé après lui, autant que nous sachions du moins, il n'en est pas de même de la propriété dont jouiraient certains hystériques de dégager des étincelles au moindre contact.

Ces faits de diminution de la tension électrique du corps sont rares. M. Féré (1), qui n'a pas eu connaissance de celui de Louyer-Villermay, n'en a trouvé que quatre dans la littérature. Deux d'entre eux, empruntés à Arago (2) et à Floquin (3), sont très peu concluants ; mais il n'en est pas de même des deux autres, rapportés par Mussey (4) et Hosford, et par Girard (5). Dans les quatre cas il s'agissait de femmes ; dans les deux derniers on note l'existence d'un tempérament nerveux avec coexistence, dans l'observation de Girard, d'une névralgie du cuir chevelu survenant sous forme de crises. Ces crises étaient précédées de phénomènes électriques, crépitements et étincelles des cheveux qui augmentaient alors d'intensité et disparaissaient parfois complètement dans l'intervalle des paroxysmes. D'après cela il est permis de supposer que la malade de Girard était hystérique.

M. Féré rapporte lui-même l'histoire d'une hystérique

(1) Féré, *Note sur les modifications de la tension électrique dans le corps humain. C. R. hebd. de la Soc. de biol.*, séance du 14 janvier 1888.

(2) Arago, *C. R. Acad. des sc.*, 16 et 23 février, 9 mars 1846.

(3) Floquin, *Gaz. méd. de Paris*, 1846, p. 160.

(4) Mussey, *Extraordinary case of animal electricity. Americ. Journ. of med. sc.*, 1837, t. XXI, p. 377. — Hosford, Même cas, *ibid.*

(5) Girard, *Dégagement anormal d'électricité chez une malade atteinte de névralgie du cuir chevelu. Gaz. des hôp.*, 1876, p. 413.

chez laquelle les phénomènes électriques étaient extrêmement marqués.

« Mme N..., dit-il, remarque que ses doigts attirent les corps légers, tels que fragments de papier, rubans, etc. Ses cheveux, non seulement donnent des étincelles au contact du peigne, mais sont plus rebelles à cause de la tendance qu'ils ont à se redresser et à s'écarter les uns des autres. Quand ses vêtements s'approchent de sa peau, sur quelque partie que ce soit, il se produit une agitation lumineuse, puis les vêtements adhèrent au corps quelquefois avec assez d'intensité pour gêner les mouvements... La tension électrique et l'intensité des décharges augmentent encore sous l'influence des émotions morales... En général les phénomènes électriques sont plus marqués du côté gauche, c'est-à-dire du côté où existe une anesthésie sensitivo-sensorielle. »

La malade observée par M. Féré avait un fils également hystérique, présentant les mêmes phénomènes électriques. Chez les deux malades la diminution de tension parut liée à un état très marqué de sécheresse habituelle de la peau.

Ces phénomènes appartiennent-ils en propre à l'hystérie? Il est seulement permis de dire qu'on les observe surtout chez les individus atteints de la névrose.

*
* *

L'affection que nous allons maintenant décrire doit être, à notre avis, qui est aussi celui de Fabre, rangée parmi les troubles trophiques liés à l'hystérie et rapprochée de l'œdème sous la dépendance duquel elle paraît être. Elle constitue l'une des manifestations les plus intéressantes de la névrose, surtout si l'on se place au point de vue chirurgical.

Le *sein hystérique,* en effet, a donné lieu à nombre d'erreurs de diagnostic suivies parfois de l'ablation d'un organe qui, dans la circonstance, était justiciable de la seule intervention médicale. Ces considérations et bien d'autres encore

légitiment les développements dans lesquels nous allons entrer. Ajoutons que nous allons nous trouver en présence d'un des types les plus nets de ces « hystéries locales » si bien étudiées par Brodie.

Willis (1), à la fin du dix-septième siècle, paraît avoir le premier noté cette manifestation. Une jeune fille de seize ans fut prise d'accidents hystériques très violents après une contusion du sein. Le gonflement de cet organe et la douleur qu'elle y ressentait coïncidaient toujours avec les convulsions. Le mariage et une grossesse vinrent seuls mettre un terme à ces phénomènes morbides ; l'hystérie disparut, et avec elle le gonflement douloureux de la mamelle.

Après lui, Frédéric Hoffmann (2) rapporte deux observations de gonflement douloureux des deux seins coïncidant avec des attaques d'hystérie. Nous ferons remarquer que l'une de ses malades avait, en même temps, des sueurs de sang et de l'angine de poitrine hystérique. Cette association presque constante d'une zone hystérique cutanée et de troubles trophiques nous servira singulièrement dans l'interprétation pathogénique du sein hystérique.

Mais, parmi les observations anciennes, aucune n'est plus intéressante que celle de la « demoiselle Coirin », qui fut miraculeusement guérie sur le tombeau du diacre Pâris. Nous aurons à revenir sur ce cas curieux, dans lequel les accidents qui affectèrent le sein gauche s'étendirent presque sans interruption sur une période de seize ans, de 1716 à 1731 (3) et sur celui d'Anne Augier, rapporté par le même auteur (4) et qui est, lui aussi, digne de toute notre attention.

(1) Willis, *Pathologiæ cerebri et nervosi generis specimen in quo agitur de morbis convulsivis et scorbuto.* Londres, 1678, cap. vi, obs. I.

(2) Fred. Hoffmann, *Opera omnia.* Genève, 1748, t. III, sect. I, cap. v : *De morbo hysterico.*

(3) Carré de Montgeron, *La vérité des miracles... Miracle opéré sur la demoiselle Coirin pourrie depuis* 1716 *par un cancer au sein gauche.* 7e démonstration, t. I. Cologne, 1745.

(4) *Id., La vérité des miracles... Miracle opéré sur Anne Augier, rongée depuis sept ans par un cancer au sein qui s'était ouvert depuis trois ans.* 1re démonstration, t. I.

A la fin du siècle dernier, P. Pomme (1) consacre au sein hystérique un passage de son livre qui mérite d'être sérieusement médité. La physionomie ordinaire de cette affection y est très nettement esquissée, et la forme à tumeur n'a pas échappé à cet observateur, qui connaît tous les dangers d'une intervention chirurgicale en semblable matière.

« Le sein se gonfle quelquefois, dit-il, par l'effet de la cause vaporeuse, c'est-à-dire par le reflux des règles ; j'ai vu plus d'une fois prendre ce gonflement pour une véritable tumeur. Que de fautes, en conséquence, et que d'inconvénients ne voit-on pas arriver quand une chirurgie imprudente y apporte des secours ! Ces gonflements sont douloureux et d'autant plus incommodes que les femmes en sont toujours alarmées ; l'air trop dilaté dans le tissu cellulaire des mamelles, l'engorgement des veines mammaires par le reflux des hypogastriques, donnent lieu à cette erreur ; l'application d'un linge trempé dans l'eau froide dissipe ordinairement le mal et les alarmes qu'il avait causées. »

*
* *

Au commencement de ce siècle, ce sont les médecins et les chirurgiens anglais qui reprennent cette question en l'étayant de nouveaux faits.

Watson (2) s'explique ainsi qu'il suit dans sa *Clinique médicale* : « Les chirurgiens connaissent bien le *sein hystérique*. Le sein devient douloureux, sensible, et augmente un peu de volume. Un médecin timide et sans expérience ne fait qu'aggraver le mal en prescrivant des sangsues et des cataplasmes, et en examinant à chaque visite le sein, y fixant par ce procédé toute l'attention de la malade qui redoute un cancer. »

Astley Cooper (3) rapporte plusieurs cas de cette affec-

(1) P. Pomme, *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, t. I, p. 24. Paris, an VII.

(2) Cité par Connard. Th. Paris, 1876.

(3) *Id.*

tion. Celui d'Élisabeth Pollard, entrée dans le service du Dr Whyte, le 29 juillet 1834, est un type du genre. Whyte attribua le gonflement douloureux du sein gauche à la maladie désignée par A. Cooper sous le nom de « tumeur irritable ou névrose des mamelles ».

En 1837, Brodie rejette de l'hystérie les cas où il existe une tumeur dans la mamelle. Bien que son opinion sur ce point soit erronée, il ne s'ensuit pas moins que la description qu'il donne du sein hystérique sans tumeur — forme le plus communément observée du reste — mérite d'être rapportée dans son entier. Elle est remarquable par sa précision et semble, de plus, être complètement ignorée de la majorité des chirurgiens modernes qui se sont spécialement occupés des maladies du sein.

« Quelques jeunes femmes, dit-il (1), sont sujettes à une affection du sein présentant une grande ressemblance avec les affections articulaires de nature hystérique. M. A. Cooper, dans ses notes sur les affections du sein, a relaté plusieurs de ces cas. La malade se plaint d'une douleur siégeant dans le sein, et la moindre pression avec les doigts la fait crier. Parfois, le seul fait de palper l'organe produit des mouvements de tout le corps ressemblant beaucoup à ceux de la chorée ; cependant, si, avec un peu d'adresse, on parvient à détourner complètement l'attention de la malade, non seulement ces mouvements ne se produisent pas, mais c'est à peine si elle accuse de la douleur. Cette hyperesthésie ne se limite pas au sein ; elle s'étend dans l'aisselle et le long du bras. On ne perçoit aucune tumeur dans l'organe, mais quand l'affection est de date un peu ancienne, le sein devient plus volumineux, probablement par suite d'une hyperémie secondaire ; pourtant il n'y a pas de rougeur de la peau, plutôt, au contraire, un peu de pâleur avec un aspect généralement lisse.

« Il ne faut pas confondre ces cas avec ceux de tumeur douloureuse de sein, dont Astley Cooper donne dans son

(1) Brodie, *op. cit.*, trad. franç., p. 36.

ouvrage des exemples illustrés par des planches. Je crois qu'il faut les distinguer aussi de toute espèce de tumeur se montrant chez des femmes qui ne sont aucunement prédisposées à l'hystérie. Dans ces cas dont il est question, la douleur et la sensibilité sont bien moindres que dans le véritable sein hystérique et l'on constatera presque toujours que la malade a, parmi ses connaissances ou amies, une malheureuse qui a été atteinte de cancer du sein. Aucune partie du corps n'est de la part de la malade l'objet d'un examen aussi minutieux que le sein, et il sera toujours possible, même dans un organe parfaitement sain, de trouver des sensations qui ne s'étaient jamais accusées jusque-là; la crainte permanente se portant sur cet organe peut faire que ces sensations vagues se transforment en une véritable douleur. C'est alors que l'assurance, de la part du médecin, de l'intégrité complète de l'organe rendra la malade heureuse et fera disparaître toute douleur; mais cette assurance n'aura aucun effet dans un cas d'affection hystérique véritable. »

La description de Brodie est excellente, sauf sur quelques points. En particulier, nous y ajouterons que, du fait de l'hystérie, il peut se produire dans le sein de véritables tumeurs susceptibles d'en imposer singulièrement au point de vue du diagnostic différentiel.

Landouzy (1) connaît la description de Brodie; il a du reste été « consulté par deux malades hystériques, l'une de vingt-trois ans, l'autre de trente-cinq ans, qui éprouvaient des douleurs intolérables au sein gauche, et auxquelles des chirurgiens distingués de Paris et de Châlons conseillaient l'amputation de la glande, bien qu'on n'eût pu trouver aucun changement de volume ou de consistance, aucun signe de dégénérescence, aucun des caractères propres aux tumeurs squirrheuses ou fibreuses ».

Briquet (*op. cit.*, p. 207) enregistre ces faits sans commentaires, qui font également défaut lorsque, plus loin

(1) Landouzy, *Traité complet de l'hystérie*, 1846

(p. 481), il publie un cas de « galactorrhée datant de sept ans, alternant avec des attaques d'hystérie », sur lequel nous aurons à revenir.

Avec M. Liouville s'ouvre véritablement la période moderne de la question, et la thèse de son élève Connard (1) est un document qui mérite encore d'être consulté à plus d'un titre.

MM. Bourneville et Regnard (2), en 1877, analysent les cas déjà connus à propos d'un nouveau fait qu'ils ont observé.

En 1883, Fabre (3) donne de cette manifestation, qu'il assimile aux phénomènes de l'œdème hystérique, une interprétation qui nous paraît fort vraisemblable.

Puis viennent des observations isolées de Wever (4) et de Féré (5).

En 1890, Fowler (6) rapporte sept observations d'une maladie qu'il dit lui être inconnue. Il s'agit là des tumeurs hystériques du sein déjà signalées par A. Cooper et Brodie, mais que ces auteurs n'avaient pas rapportées à leur véritable cause.

En 1893, nous avons, au septième Congrès de chirurgie, apporté notre contribution à l'étude de cette manifestation de la névrose (7).

*
* *

Le sein hystérique, comme l'arthralgie, est un type de ces hystéries locales si bien décrites par Brodie. Dans l'étio-

(1) Connard, *Du sein hystérique; étude sur le gonflement douloureux du sein chez les hystériques*. Th. Paris, 1876.

(2) Bourneville et Regnard, *Icon. phot. de la Salp.*, 1877-1878, p. 197.

(3) Fabre, *L'hystérie viscérale, op. cit.*, p. 100.

(4) Wever, *Ein Fall von Mastodynie auf hysterischer Basis*, in *Frauenartz*, Berlin, 1887, t. II, p. 315.

(5) Féré, *Les douleurs hystériques et la simulation. Rivista de Neurologia e Psychiatria*. Lisbonne, 1888, n° 2, p. 131.

(6) Fowler, *Neurotic tumors of breast. New-York neurol. Soc.*, 7 janvier 1890, *in Medical Record*, n° 9, 15 février 1890, p. 179.

(7) Gilles de la Tourette, *Le sein hystérique et les tumeurs hystériques de la mamelle*. 7e Congrès de chirurgie. Paris, 1893. *C. R.*, p. 747.

logie, souvent on trouve notée la contusion de l'organe. Le traumatisme local agit en influençant l'état mental du sujet tout disposé parfois à favoriser cette localisation. C'est ainsi que Brodie et Whyte signalent ce fait que beaucoup de femmes avaient dans leur entourage des personnes atteintes de cancer de la mamelle, et l'on sait combien, en matière d'hystérie, la contagion nerveuse est à redouter.

En dehors de ces cas, où l'on peut reconnaître la cause occasionnelle de la manifestation, dans les autres on en est réduit à l'étiologie banale des accidents hystériques. Il est permis toutefois de remarquer que souvent les phénomènes, que nous allons décrire, existent chez des femmes dont les règles sont douloureuses et qui présentent, fait expressément noté par Fowler, des zones hyperesthésiques ou hystérogènes du vagin ou du col de l'utérus. Il est certain, étant donné les relations qui unissent les mamelles à l'appareil de la gestation, que les troubles de ce dernier pourront influencer singulièrement les organes de la lactation et y localiser l'hystérie.

Nous ne connaissons pas d'exemple de sein hystérique chez l'homme.

L'affection hystérique du sein n'est pas très rare, et cependant elle est fort peu connue. Cela tient à ce que les médecins n'ont que rarement l'occasion de l'observer, les femmes qui en souffrent se rendant presque toutes dans les services de chirurgie, où, le plus souvent, l'influence de la névrose reste tout à fait méconnue.

Qu'on veuille bien se reporter au *Traité de chirurgie* le plus récent, paru en 1892 (1), et l'on y verra mise en doute l'existence même du sein hystérique.

Après avoir, au chapitre *Mastodynie,* décrit les tumeurs douloureuses d'A. Cooper, l'auteur arrive aux cas où domine la simple congestion de l'organe. « C'est cette forme, dit-il, que Connard a étudiée sous le nom de sein hystérique. Il veut en faire une véritable manifestation de

(1) Masson, édit., Paris.

l'hystérie, et Wood (1) va encore plus loin, car il considère comme ayant une origine hystérique toutes les affections douloureuses du sein dans lesquelles les pressions fortes sont moins pénibles que les pressions légères. L'hyperesthésie cutanée est fréquente chez les hystériques, et il est bien certain que presque toutes les femmes, chez qui on rencontre le symptôme de mastodynie, sont très nerveuses, mais il ne s'ensuit pas qu'elles soient hystériques. Si elles le sont, c'est sous une forme bien larvée et souvent sans autre symptôme que celui qu'il s'agit d'expliquer, c'est-à-dire la mastodynie. »

Pour l'auteur, le seul fait certain, c'est que souvent ces sortes de congestions douloureuses, comme il les appelle, sont liées à des affections des organes du bassin.

« J'ai observé, dit-il, un cas remarquable de cette forme de mastodynie chez une femme qui avait subi une double ablation des annexes pour salpingite. Trois mois environ après l'opération, le sein droit est devenu douloureux, et, au moment des crises, il devenait turgide, plus volumineux que celui du côté opposé, et la peau prenait une teinte légèrement rosée. Cette malade avait autour de ses pédicules salpingiens des adhérences et des exsudats douloureux qui probablement entraînèrent une irritation des nerfs. »

Et, comme conclusion, si les procédés locaux de traitement ont échoué, l'auteur conseille l'amputation du sein, de même que nous verrons d'autres chirurgiens recourir à l'extirpation des ovaires atteints d'une zone hystérogène.

Fort heureusement que ces idées ne sont pas partagées par tous les chirurgiens français. Dans le cours de la même année, notre maître, M. le professeur Verneuil, nous a montré, dans son service de l'Hôtel-Dieu, trois cas de mastodynie, dans lesquels l'influence de l'hystérie était indéniable.

(1) Wood, *Philadelphia med. Times*, 7 oct. 1883, vol. XIII, p. 11.

Au point de vue de la fréquence, il ne faut donc pas se baser sur le nombre des cas publiés et rapportés directement à la névrose, autrement le sein hystérique serait une affection tout à fait exceptionnelle, ce qui est loin de correspondre à la réalité des faits.

Presque toujours un seul sein est atteint; toutefois, Fréd. Hoffmann et Liouville ont relaté des observations où les deux mamelles étaient le siège de l'affection. Nous avons nous-même observé un cas analogue avec prédominance très marquée cependant du côté gauche.

Il est difficile d'établir, d'après la lecture des observations, si la mamelle droite est plus souvent affectée que la gauche et réciproquement.

*
* *

Dans son ensemble, l'affection hystérique du sein consiste en une augmentation temporaire ou permanente du volume de l'organe avec hyperesthésie considérable de la peau qui recouvre la mamelle.

Comme nous avons pu nous en assurer dans le service de M. Verneuil, — et le mécanisme du sein hystérique est là tout entier, — il s'agit d'une zone hyperesthésique hystérogène dont l'exaltation, mise en œuvre par des causes diverses, conduit, dans tous ces cas, à un paroxysme convulsif dont l'aura part de la mamelle.

Au moment de la crise, il se produit localement la série des phénomènes vaso-moteurs décrits dans le précédent chapitre, qui vont de la congestion simple à l'œdème et parfois peut-être, comme nous le verrons, à la gangrène de la peau. Cette pathogénie avait été entrevue par Fabre, qui a écrit (*op. cit.*, p. 100) : « C'est peut-être une fluxion analogue à cet œdème qu'on observe au sein de certaines hystériques ; un peu avant les règles, la mamelle est alors le siège d'une douleur et d'une gêne. On constate une tension générale du sein. »

Reprenons maintenant les termes principaux de cette description sommaire.

L'hyperesthésie de la peau du sein, notée dans tous les cas, ne diffère pas des hyperesthésies du tégument externe des autres régions du corps. Elle est beaucoup plus marquée lors d'une friction légère, superficielle, qu'à l'occasion d'une pression large et profonde. Elle est parfois si exquise que les malades ne peuvent supporter le frôlement de la chemise, alors que, dans certains cas, mais non dans tous, la pression du corset semble soulager les phénomènes douloureux. Certaines malades toutefois doivent renoncer à cet appareil de contention des seins.

L'hyperesthésie existe à l'état permanent, mais elle s'accentue à certains moments sous l'influence des causes qui président ordinairement à l'exaltation des zones hyperesthésiques, lesquelles se transforment alors en zones hystérogènes. La pression directe, les émotions vives peuvent faire entrer la zone du sein en action, de même qu'elle subit l'influence de l'excitation des zones de voisinage, ou de celles qui, siègeant au niveau du vagin ou de l'utérus, s'exaltent au moment des règles. D'où l'influence, notée par tous les auteurs et particulièrement par Fowler, des menstrues sur les phénomènes que nous décrivons.

Au moment où, sous l'action de ces diverses causes, s'exalte la zone de la région mammaire, le ou les seins, nous savons combien la bilatéralité est rare, deviennent spontanément le siège de picotements, d'élancements parfois très douloureux, à caractère névralgique. La mamelle se tuméfie, le mamelon s'érige, l'organe tout entier augmente dans des proportions considérables qui peuvent en doubler le volume, sinon plus. Souvent la douleur ne reste pas localisée; outre les phénomènes de l'aura propagée : sensation de strangulation, troubles céphaliques, etc., elle irradie, comme l'avait vu Brodie, du côté de l'aisselle, du rachis, s'unissant aux phénomènes douloureux partis d'autres zones hystérogènes de voisinage, qui s'exaltent pour leur propre compte. C'est ainsi qu'elle

peut s'accompagner des symptômes de l'angine de poitrine hystérique, ainsi que l'a noté Le Clerc (1).

Angelo Cianciosi (2) a observé une jeune femme hystérique atteinte d'angine de poitrine dont les accès furent précédés, à plusieurs reprises, « d'engorgement de la mamelle gauche ». Cet engorgement était beaucoup plus considérable lorsque les crises coïncidaient avec la période menstruelle.

Au moment où le gonflement du sein est à son *summum*, l'accès éclate, soit sous forme de chorée (rythmée), comme l'avait indiqué Brodie, soit sous forme de paroxysme convulsif ordinaire. Toutefois, les douleurs qui accompagnent le gonflement de la mamelle dominent le paroxysme et lui donnent un caractère particulier.

Il va sans dire que le paroxysme convulsif n'est pas un accompagnement obligé de l'exaltation de la zone hystérogène mammaire ; il est bien rare cependant qu'au moment des crises de gonflement du sein, on n'observe pas quelques-uns des phénomènes prémonitoires ou constitutifs de l'attaque.

*
* *

Quel est, à cette période, l'*aspect du tégument* qui recouvre la mamelle augmentée de volume ? Ici on rencontre les opinions en apparence les plus contradictoires. Brodie note qu'il n'y a pas de rougeur de la peau, bien plutôt qu'il existe un peu de pâleur avec un aspect légèrement lisse.

Liouville dit que « les seins sont tuméfiés et augmentés d'un tiers environ. La peau qui les recouvre est chaude, rouge et tendue ».

Féré émet la même opinion. Il examinait une dame de quarante-cinq ans devenue hystérique lors de la ménopause à l'occasion de chagrins de famille et qui présentait certains accidents du côté des seins. Au début de son

(1) Le Clerc, *op. cit.*, p. 29.

(2) A. Cianciosi, *Lo Sperimentale*, 1878, cité par Le Clerc, *op. cit.*, p. 29.

examen, ceux-ci étaient parfaitement symétriques, sans aucune altération de couleur de la peau.

« La personne qui accompagnait la malade, dit-il, fit une observation tout au plus désobligeante pour elle ; sous cette influence, en même temps que la face rougissait, le sein gauche, qui était le siège du mal, *se marbra de petites plaques rouges*, d'une sorte de *rash scarlatiniforme* dont les taches se confondirent bientôt pour former une *rougeur uniforme* qui dépassait un peu de tous côtés la mamelle sans s'étendre dans la direction des nerfs. En même temps que cette rougeur apparaissait, le sein se gonflait en masse, et le mamelon s'érigeait. Toute la région était devenue le siège d'une sensation de cuisson avec picotements de la peau et élancements dans la glande mammaire, qui devint lourde. Il n'avait pas fallu une minute pour que tous ces phénomènes arrivassent à leur apogée. »

Nous verrons que chez la demoiselle Coirin le sein avait un aspect violet, presque noir.

Ces opinions diverses ne sont pas contradictoires pour nous, qui connaissons la filiation de ces troubles vasomoteurs, qui vont de la congestion simple à l'œdème blanc, rouge ou violet. L'aspect du tégument peut donc être variable, suivant les cas, pendant les paroxysmes ou dans leurs intervalles.

C'est qu'en effet la tuméfaction et les autres phénomènes que nous venons de décrire ne se bornent pas toujours à la durée du paroxysme lui-même. Dans les cas simples, ou lorsque l'affection ne fait que débuter, le gonflement disparaît avec l'accès douloureux ; mais bien plus souvent, surtout si les accès sont rapprochés, la tuméfaction persiste à des degrés variables dans l'intervalle des paroxysmes, s'accompagnant toujours de cette hyperesthésie cutanée exquise qui va s'exalter sous l'influence de diverses causes.

C'est dans ces cas que la palpation révèle des particularités intéressantes. « Quand l'affection est de date un peu ancienne, dit Brodie, le sein devient plus volumineux

par suite d'une hyperémie secondaire. » Toutefois, il a eu soin de noter un peu auparavant « qu'on ne perçoit aucune tumeur dans l'organe ».

Cette dernière affirmation prouve simplement que Brodie n'en a pas constaté dans les cas qu'il a observés; autrement elle irait contre l'évidence même des faits.

Pendant l'accès, il est presque impossible de palper le sein. La douleur qu'on détermine est alors beaucoup trop vive pour que l'examen soit fructueux. Mais il n'en est plus ainsi dans l'intervalle des paroxysmes, surtout si l'on prend soin de palper profondément et non plus superficiellement la glande, l'excitation cutanée qui rend, en somme, l'examen toujours difficile, étant susceptible de produire l'exaltation de la zone hystérogène.

En se plaçant dans ces conditions d'examen, il sera donné de constater parfois l'existence dans la mamelle d'une ou de deux tumeurs ne dépassant pas généralement le volume d'un œuf de poule et qui sont peu douloureuses par elles-mêmes, si l'on tient compte de ce fait que l'hyperesthésie réside tout particulièrement dans les couches superficielles de la peau.

Le mémoire de Fowler est très intéressant à ce point de vue. Chez sept malades hystériques, il constata la présence d'une ou de deux tumeurs du sein s'accompagnant des phénomènes douloureux et autres que nous avons décrits. Dans six cas sur sept, la tumeur était mobile sur les tissus sous-jacents; parfois, dans son voisinage, les conduits galactophores étaient tendus et durs. Il n'existait pas d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle.

Plusieurs de ses malades consultèrent des chirurgiens fort célèbres, et l'ablation de l'organe fut toujours conseillée. Cependant, elles guérirent toutes par un traitement dont l'élément psychique fit en somme tous les frais.

Dans un cas rapporté par Briquet, outre les phénomènes d'hyperesthésie précédemment décrits, il existait de la *galactorrhée*. Il est vrai de dire que l'affection était survenue au cours d'une grossesse et que la malade avait allaité

son enfant. Le sein droit, à l'exclusion du gauche, qui resta normal, devint très volumineux et sécréta parfois, dans les vingt-quatre heures, au dire, il est vrai, de la patiente, jusqu'à six litres « d'un lait parfaitement épais et crémeux ». Le sein était chaud et douloureux ; la malade ne le touchait qu'avec une extrême précaution.

Le passage qui va suivre montre bien qu'il ne s'agissait pas seulement d'une galactorrhée d'origine hystérique, ainsi que le suppose Briquet, mais bien des phénomènes du sein hystérique, tels que nous les connaissons, l'hypersécrétion en plus née sous l'influence de la grossesse.

La malade voulait-elle, dit-il, donner à téter, « dès les premiers efforts de succion, une douleur extrêmement vive s'éveillait dans le sein donné à l'enfant ; cette douleur devenait le prodrome d'une attaque de convulsions hystériques ; *c'était comme une aura de l'accès convulsif* qui plus tard fit rarement défaut ».

On ne saurait être plus explicite. Ces phénomènes, entretenus, il est vrai, par trois grossesses rapprochées, durèrent six ans et finirent par guérir sous l'influence très problématique d'applications locales d'huile de chènevis.

L'affection hystérique du sein, en tenant compte des périodes d'augment et de déclin, est presque toujours fort tenace, et sa durée peut être fort longue. On sait, du reste, combien il est difficile parfois de déplacer un stigmate de la nature d'une zone hyperesthésique, et le sein hystérique n'est pas autre chose que la réaction d'un organe spécial, richement vascularisé, sous l'influence d'une zone de ce genre. D'autant que l'affection est presque toujours entretenue par une thérapeutique défectueuse : applications locales variées, compression élastique, qui ne conduisent en somme qu'à fixer de plus en plus cette manifestation d'ordre psychique qui doit, de ce chef, être traitée par des procédés tout à fait différents de ces excitations localisées.

En résumé, le sein hystérique est une affection parfaite-

ment caractérisée qui est sous la dépendance d'une zone hyperesthésique hystérogène de la peau de la région mammaire, et d'un œdème du tissu conjonctif de la glande qui peut revêtir les aspects blanc, rosé ou violet de l'œdème hystérique.

A côté de cette forme où le gonflement du sein est généralisé, il s'en place une autre susceptible de la même interprétation. Dans celle-ci l'œdème, qui, dans tous les cas, est dur, n'admettant pas l'empreinte du doigt, se localise plus particulièrement en certains points sous forme de tumeurs morbides ne s'accompagnant pas d'engorgement ganglionnaire, à moins toutefois qu'il n'existe des ulcérations, comme dans certains cas que nous allons analyser.

En tenant compte de tous ces faits, le *diagnostic* nous semble facile à établir, et, cependant, il faut bien le dire, l'amputation a été faite plusieurs fois, et elle est encore conseillée de nos jours !

Connard rapporte (*op. cit.*, p. 23) que Boyer aurait ainsi amputé un sein atteint d'un gonflement douloureux survenu à la suite d'une contusion et s'accompagnant de crises hystériques. Celles-ci cessèrent avec l'ablation de l'organe.

Il ajoute qu' « une jeune fille de dix-huit ans, hystérique depuis l'âge de quinze ans, entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan, pour des douleurs dans le sein gauche. Le sein était notablement gonflé. On y percevait à la palpation quelques nodosités. »

M. Péan fit une amputation partielle de l'organe, mais les douleurs persistèrent, s'exaspérant à l'occasion de crises hystériques qui se montraient au moment des menstrues.

Ce fait condamne, on le voit, toute intervention sanglante. Nous noterons encore que le microscope ne révéla, dans la partie amputée, rien autre chose qu'une légère prolifération des éléments glandulaires.

*
* *

Le diagnostic, si l'on tient compte des particularités que nous avons exposées, ne saurait guère être hésitant. Toutefois pourra-t-il ne plus en être de même lorsqu'aux phénomènes précédemment décrits se surajoutera l'ulcération de la peau ou plus particulièrement du mamelon, signe si précieux, en clinique, des tumeurs malignes du sein.

Nous ne connaissons que deux observations de cet ordre, toutes deux rapportées par Carré de Montgeron (1) avec une figure à l'appui.

La première a trait à la demoiselle Coirin, qui guérit d'un « cancer au sein » par l'application de terre recueillie sur le tombeau du diacre Pâris.

Le cas vaut la peine d'être analysé, d'autant qu'il était resté jusqu'à ce jour sans interprétation.

Au mois de septembre 1716, la demoiselle Coirin, alors âgée de trente et un ans, fit coup sur coup deux chutes de cheval : la seconde fois, elle tomba « sur le côté gauche de l'estomac qui porte à plomb sur un tas de pierres, ce qui lui cause une douleur si vive qu'elle en reste évanouie ».

Au bout de quarante jours, elle est prise de vomissements de sang qui se répètent fréquemment et s'accompagnent de « foiblesses ».

« Dans une de ses foiblesses, qui lui arriva trois mois après sa chute, comme on lui mettoit des linges sur l'estomac, on s'aperçut qu'elle avoit le sein du côté gauche extrêmement *dur, enflé* et *tout violet*. Le chirurgien du pays, nommé Antoine Paysant, ayant été consulté et ayant examiné son sein, découvrit qu'elle avoit une grosse glande qui s'étendoit jusque sous l'aisselle du bras en arrière et une espèce de grosse corde de la largeur de trois

(1) Carré de Montgeron, *op. cit.*, t. I, 1re et 7e démonstrations.

doigts qui gagnoit jusqu'au bout du sein. Ce chirurgien lui donna des cataplasmes, lesquels lui faisoient distiller une quantité considérable de sang par le bout du sein sans la guérir ni même la soulager, son sein lui faisant toujours de la douleur et étant de plus en plus dur.

« ... On s'aperçut qu'elle avoit un *cancer* au sein du côté gauche, la mamelle de ce côté étant devenue grosse comme la tête, excessivement dure et tout enflammée. »

Ceci se passait en 1716. « Cependant l'humeur tranchante et corrosive du cancer faisoit toujours de funestes progrès, qui éclatèrent enfin de la manière la plus affreuse vers la fin de l'année 1719. »

Un témoin oculaire, Anne Giroux, nous apprend « qu'il lui vint une petite ouverture de pourriture au-dessous du sein et de la mamelle gauches; que cette ouverture augmenta toujours de plus en plus, gagnant tout autour du bout du sein, et qu'elle le cerna en peu de jours, de façon que le bout de ce sein tomba en un morceau. Elle ajoute qu'elle a vu le bout de ce sein détaché de la mamelle, qu'on le garda trois jours sur une serviette pour le montrer aux chirurgiens qui avoient soin de ladite demoiselle et qu'elle avoit, ou qu'il y avoit, à la place de ce bout, un trou un peu plus large qu'une pièce de douze sols, qui paroissoit assez profond, et dont il sortoit sans cesse une eau qui puoit comme une charogne. »

En 1720, deux chirurgiens proposèrent l'amputation du sein, mais la mère de la demoiselle Coirin refusa de consentir à l'opération, celle-ci ne devant être que palliative, puisque la maladie cancéreuse avait été déclarée incurable. « Puisque sa fille n'étoit pas sûre de guérir par cette opération, elle étoit bien aise de la lui épargner, et mourir pour mourir, il falloit autant qu'elle ne souffrît pas. »

Ajoutons que, dès 1718, la malade avait été frappée tout d'un coup, pendant la nuit, d'une paralysie de tout le côté gauche.

« Il lui prit un engourdissement dans le bras gauche qui, la nuit, dégénéra en paralysie qui lui ôta tout l'usage

de tout le côté gauche ; depuis ce tems, il lui a été impossible de faire aucun mouvement de son bras ni de sa main gauche, qui demeurèrent en tout tems froids comme de la glace et ne pouvoit les changer de place qu'en les prenant avec son bras droit, en poussant sa jambe gauche avec sa droite, ce qui est resté ainsi jusqu'à la nuit du 11 au 12 août 1731. Que même sa cuisse et sa jambe gauche se retirèrent de façon qu'elle avoit un creux au-dessous de la hanche assez profond pour y pouvoir mettre le poing, et que, comme les nerfs de la jambe s'étoient retirés, cette jambe paroissoit considérablement plus courte que l'autre... Sa jambe gauche étoit toute retirée en arrière et comme recoquillée, et qu'elle étoit pâle, toute désséchée, froide comme de la glace, même dans le plus chaud de l'été. »

Entre temps, la demoiselle Coirin a « des vomissements qui la fatiguent et des dévoiements qui l'épuisent : tantôt c'est une hydropisie qui s'empare du bas-ventre, la presse et la suffoque, enfin ce sont des rétentions d'urine qui la tourmentent » (1).

Le 9 août 1731, elle s'adresse à une vertueuse femme de Nanterre, la charge de dire pour elle une neuvaine au tombeau du bienheureux François de Pâris, d'y faire toucher une chemise et de lui apporter de la terre prise auprès du sépulcre. Le lendemain 10, la pieuse femme se rend à Saint-Médard...

« Le soir du lendemain 11 août, à peine la moribonde s'est fait mettre la chemise qu'avoit touché le précieux tombeau, qu'elle éprouve à l'instant la vertu bienfaisante qu'elle y avoit puisée. » Forcée, de par sa paralysie, de se tenir constamment sur le dos, « elle se retourna elle-même dans son lit ».

(1) Dans une observation d'Eybert (*Des diarrhées névropathiques d'origine réflexe*, Th. Lyon 1892, p. 56), relative à une femme de soixante-deux ans, il existait également de la diarrhée d'origine hystérique, des hémoptysies, des ecchymoses des membres inférieurs avec œdème *in situ*, et enfin une tumeur du sein, dure, non fluctuante, avec tendance à l'ulcération, qui cependant disparut d'elle-même et peu à peu.

Le lendemain 12, elle s'empressa d'appliquer elle-même sur son « cancer » la précieuse terre, et « aussitôt elle remarque avec admiration que le trou profond de son sein, d'où sortoit sans cesse depuis douze ans un pus corrompu et infecté, s'étoit séché sur-le-champ et commençoit à se refermer et à guérir ».

La nuit suivante, nouveau prodige. « Ses membres paralytiques qui depuis tant d'années représentoient les membres d'un corps mort par leur froid glaçant, leurs marques affreuses et leur raccourcissement hideux, se raniment tout à coup ; déjà son bras a repris la vie, la chaleur et le mouvement ; sa jambe retirée et desséchée se déploie et s'allonge ; déjà le creux de sa hanche se remplit et disparaît ; elle essaye si elle pourra dès ce premier jour se servir de ces membres nouvellement rappelés à la vie, mais dont la maigreur porte encore la livrée de la mort ; elle se lève seule, elle se soutient sur le bout du pied de cette jambe qui depuis si longtemps étoit beaucoup plus courte que l'autre ; elle se sert aisément de son bras gauche, elle s'habille et se coëffe avec ses mains. »

Le miracle était consommé, et la « demoiselle Altermat certifie que la demoiselle Coirin lui a fait voir sa mamelle gauche qui est parfaitement guérie et à laquelle il revient un bout. Ce bout n'est pas néanmoins tout à fait aussi gros que celui de la mamelle droite. »

D'après ce que nous savons maintenant des troubles trophiques dans l'hystérie, ce cas est d'une interprétation facile.

Attaques syncopales d'hystérie nées sous l'influence d'un traumatisme ; œdème bleu du sein gauche dont le processus est assez intense pour produire la gangrène de la peau, limitée au mamelon ; infection secondaire de la plaie ainsi produite et suppuration qui détermine un engorgement des ganglions axillaires ; phénomènes de paralysie s'accompagnant d'atrophie musculaire ; guérison subite de la paralysie et progressive de l'atrophie ; disparition de l'œdème et, par suite, guérison de l'ulcère

par cicatrice chéloïdienne simulant le mamelon disparu par gangrène : tels sont les éléments de cette intéressante observation dans laquelle les phénomènes du sein hystérique persistèrent pendant douze années et où le diagnostic de cancer, pour lequel on proposa l'amputation, fut porté dès le début de l'affection.

La même interprétation s'applique au « miracle opéré sur Anne Augier », qui n'est pas moins intéressant que le précédent.

En 1707, à l'âge de vingt-cinq ans, Anne Augier est subitement frappée de paraplégie avec anesthésie s'accompagnant d'atrophie musculaire. En effet, au bout de huit mois, « ses jambes se desséchèrent si entièrement que les os n'en furent plus couverts que d'une peau aride, qui, collée sur ces os, en laissoit voir toute la forme ».

De plus, « elle tombe de tems en tems dans des accès d'un mal épileptique qui la prive de connoissance pendant trois ou quatre jours ».

Il y avait treize ans (1720) qu'elle était ainsi paralysée, « lorsqu'un de ces malheureux vagabonds, qui couvrent le plus abominable libertinage du voile de la mendicité », la voyant seule, essaye de la violer. « Forcé d'abandonner sa proie, dans la rage qu'il en a, il lui porte avec fureur un coup de sabot dans le sein du côté gauche. Ce coup forme bientôt un abcès qui dégénère en cancer ».

En 1724, quatre ans plus tard, malgré les soins d'un habile chirurgien, « le cancer s'ouvre en ulcère et forme ensuite une fistule sous l'aisselle par où s'exhalent la pourriture et l'infection qui étoient les suites et les effets du ravage que le cancer faisoit dans le sein ».

Au mois de mai 1727, sept ans après le traumatisme et l'apparition de la tumeur, quatre ans après l'ouverture fistuleuse de ce singulier néoplasme, Anne Augier se fait transporter sur le tombeau de M. Rousse.

Aussitôt elle guérit de sa paraplégie qui durait depuis vingt et un ans. « En même temps la paralysie se dissipe et s'évanouit : une chair saine et subitement régénérée

remplit la place de la fistule et du cancer : toutes les écorchures et les plaies (dues probablement au décubitus) sont couvertes d'une peau nouvelle ; la miraculée lève au ciel les bras dont l'un avoit été immobile depuis deux ans. »

D'après ces deux cas, on peut juger que le *pronostic* de l'affection hystérique du sein est relativement grave, puisque non seulement elle peut s'étendre sur une période de douze années comme dans le cas de la demoiselle Coirin, mais encore donner lieu à des phénomènes gangreneux susceptibles, à leur tour, de déterminer des adénites et des fistules par infection secondaire.

*
* *

Si nous nous sommes aussi longuement étendu sur les observations de la demoiselle Coirin et d'Anne Augier, c'est qu'elles sont instructives, non seulement au point de vue de la manifestation mammaire, mais encore parce qu'elles constituent deux des cas les plus anciens, dans lesquels se trouve expressément noté un autre trouble trophique de la plus haute importance : l'*atrophie musculaire d'origine hystérique*. Remarquons, en passant, que souvent le même sujet cumule des troubles trophiques d'ordres divers : hémoptysies, œdème, atrophie musculaire, etc. Nous serions tenté, pour notre part, de croire que, dans la circonstance, la diversité est beaucoup plus apparente que réelle et qu'au fond toutes ces manifestations relèvent d'une même pathogénie dont, pour quelques-unes au moins, le sens intime nous échappe.

La demoiselle Coirin, atteinte d'une hémiplégie gauche, avait le bras et la jambe toujours glacés ; la jambe en particulier était toute « *desséchée* ». La gravure, qui accompagne la description de Carré de Montgeron, nous montre une jambe décharnée, en flexion par suite de la prédominance d'action des muscles du mollet ; l'atrophie s'étend jusqu'aux muscles du pied dont l'aspect est squelettique.

Nous savons que chez Anne Augier, atteinte de paraplé-

gie, « les jambes se desséchèrent si entièrement que les os n'en furent plus couverts que d'une peau aride qui, collée sur ces os, en laissoit voir la forme ». La figure annexée au texte ne laisse aucun doute sur la réalité de cette atrophie musculaire.

Nous avons rencontré dans le même recueil (1) un troisième cas d'atrophie musculaire se rapportant à ce Philippe Sergent, dont nous parlions déjà en traitant de l'amaurose et du tremblement hystériques.

En février 1730, Ph. Sergent, sort d'une attaque d'hystérie frappé d'hémiplégie droite avec hémianesthésie et troubles vaso-moteurs. « Tout son côté droit paraît comme mort. La main, la jambe et le bras deviennent tous bleuâtres. » Puis survient de la contracture du membre inférieur s'accompagnant d'une atrophie qui, dans le texte, est inscrite en toutes lettres.

« La jambe de Sergent s'étoit effectivement *atrophiée* à un tel excès que son bas paroissoit presque vuide.....

« Sa main et son bras droits étoient bleuâtres et beaucoup plus maigres que son bras et sa main gauches. »

Le 10 juillet 1730, troisième jour de la neuvaine au tombeau du diacre Pâris, il put mouvoir le bras et la jambe, mais il fallut un certain temps aux muscles pour revenir à leur volume normal.

« Sa main, sa cuisse et sa jambe droites ne rengraissèrent pas dans ce moment, mais elles reprirent seulement couleur de chair, ce qui fut bien visible par rapport à sa main qu'il avoit encore toute bleuâtre (*œdème bleu hystérique*) quand il se mit la deuxième fois sur le tombeau et qui devint d'une couleur naturelle, ce qu'il remarqua aussitôt qu'il fut sorti de l'église, l'ayant regardée avec attention, dans le temps que chacun lui demandoit de lui serrer la main.

« ... Le soir, en se couchant, il visita sa cuisse et sa jambe droites qu'il trouva d'une couleur toute naturelle

(1) *La vérité des miracles, op. cit.*, t. I. Cologne, 1745. 5e démonstration.

égale à celle de sa cuisse et de sa jambe gauches, quoique le matin du même jour elles fussent encore toutes *bleuâtres* comme elles avoient toujours été depuis leur dessèchement. »

*
* *

C'est grâce aux travaux récents de l'École de la Salpêtrière, qu'il nous a été donné de pouvoir interpréter les cas précédents.

A la vérité l'atrophie musculaire est déjà signalée par F. Kalkoff (1) dans sa thèse inaugurale de 1884, faite sous l'inspiration de Seeligmüller. Mais c'est véritablement en 1886 que Babinski (2) établit, dans le service de M. Charcot, la réalité de l'atrophie musculaire comme trouble trophique d'origine hystérique.

M. Babinski étudiait quatre malades. « Dans deux de ces cas, dit-il, il s'agit d'une monoplégie brachiale, dans les deux autres d'une hémiplégie avec intégrité de la face; dans l'une de ces deux dernières observations il y a prédominance de la paralysie et de l'atrophie dans le membre supérieur, dans l'autre prédominance dans le membre inférieur. »

Puis il donne les caractères de ces troubles nutritifs. « L'atrophie musculaire se présente sous l'aspect suivant : 1° elle est plus ou moins considérable, mais il faut savoir qu'elle peut atteindre d'assez fortes proportions; chez deux malades, il y avait comme différence entre le plus grand périmètre du bras malade et celui du bras sain trois centimètres, et chez un autre malade il y avait entre les deux mains une différence de cinq centimètres; 2° il n'y a pas de secousses fibrillaires; 3° l'excitabilité idio-musculaire paraît normale ; 4° la contractilité électrique est dimi-

(1) Kalkoff, *Beiträge zur differential Diagnose der hysterischen und der kapsulären Hemianesthesie*. Halle, 1884.

(2) Babinski, *De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques. Archives de neurologie*, nos 34 et 35, 1886. *Progrès médical*, n° 16, p. 329. — Charcot, *Leçons sur les maladies du syst. nerveux*, t. III, p. 476.

nuée en proportion du degré de l'atrophie musculaire, mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence; 5° cette atrophie peut se développer avec une grande rapidité. Chez un malade, elle était déjà appréciable tout au plus quinze jours après le début de la paralysie... La rétrocession de l'atrophie semble pouvoir être rapide comme son développement. »

C'est donc d'une atrophie simple qu'il s'agit; il n'existe pas de réaction de dégénérescence.

Les faits étudiés par M. Babinski ne restaient pas longtemps isolés.

Le 14 mai 1886, M. Chauffard rapportait à la Société médicale des hôpitaux l'histoire d'un jeune malade de treize ans atteint de monoplégie brachiale avec atrophie musculaire, qui dura trois ans et se termina par la guérison.

Puis les travaux se succèdent : Massalongo (1), Leroux (2), Brissaud (3), P. Blocq (4), Ballet (5), Debove (6) apportent des faits sans ajouter d'éléments nouveaux à la description de Babinski, tout au moins en ce qui regarde à proprement parler l'atrophie musculaire.

Dans ses *Leçons cliniques* du premier semestre de l'année 1889-1890 (p. 403), M. le professeur Charcot nous a appris que l'atrophie musculaire hystérique pouvait revêtir certaines modalités différant un peu de celles qu'il avait

(1) Massalongo, *L'atrofia musculare nelle paralisi isteriche.* Naples, 1886. Detken éd. Anal. *in Giorn. di Neuropatalogia*, anno V, fasc. 1, janvier et février, 1887, p. 46.

(2) Leroux, *De l'hystérie chez l'homme, monoplégie avec atrophie musculaire. Journal des connaissances médicales.* Paris, 1886, 3e série, t. VIII, p. 107.

(3) Brissaud, *Hémiplégie probablement d'origine hystérique avec atrophie musculaire. Archives de physiologie,* 1887, p. 338.

(4) P. Blocq, *Des rétractions fibro-tendineuses compliquant la contracture spasmodique.* Obs. III, p. 35, fig. 19. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* t. I, 1888.

(5) Ballet, *Coxalgie hystérique avec atrophie musculaire. Société médicale des hôpitaux,* 28 juin 1889.

(6) Debove, *Hémiplégie hystérique avec atrophie musculaire survenue à la suite d'une diphtérie. Société médicale des hôpitaux,* 11 octobre 1889.

étudiées avec M. Babinski, suffisamment même pour qu'on pût être exposé à une erreur de diagnostic si l'on ne voulait pas sortir des limites de la description tracée par cet auteur. Cela prouve probablement qu'il existe plusieurs variétés d'atrophie, dont nous allons essayer de tracer l'histoire en nous appuyant encore sur nos propres recherches faites avec M. Dutil dans le service de M. Charcot (1) et sur les observations publiées depuis 1889 par MM. Chantemesse et Widal (2), Ballet (3), Féréol (4), Michaut (5), Pitres (6), Rendu (7), Hirt (8), etc.

*
* *

Un fait digne de remarque est que le *sexe masculin* paraît dominer dans les observations d'atrophie musculaire d'origine hystérique, sans que nous puissions en trouver une explication satisfaisante.

Comme très souvent l'atrophie marche concurremment avec une paralysie ou une contracture, peut-être pourrait-on incriminer le traumatisme, cause fréquente chez l'homme de ces accidents. Mais nous avons nous-même observé des cas où le traumatisme ne pouvait en aucune façon être invoqué dans la production du trouble moteur accompagné d'atrophie.

(1) Gilles de la Tourette et Dutil, *Contrib. à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie. Atrophie musculaire et œdème. Nouv. Icon. de la Salp.*, t. II, 1889, p. 251.

(2) Chantemesse et Widal, *Troubles trophiques liés à l'hystérie et simulant ceux d'une névrite radiculaire du plexus brachial. Soc. méd. des hôp.*, 28 mars 1890.

(3) Ballet, *Sur un cas de monoplégie brachiale hystérique avec atrophie. Soc. méd. des hôp.*, 9 mai 1890.

(4) Féréol, *Un cas d'atrophie musculaire chez une hystérique avec complication de troubles dans l'équilibration. Soc. méd. des hôp.*, 23 mars 1890.

(5) Michaut, *Contribution à l'étude des manifestations de l'hystérie chez l'homme.* Th. Paris, 1890, obs. XIV.

(6) Pitres, *Leçons clin. sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. I, 1891, p. 489 et suiv.

(7) Rendu, *Atrophie musculaire dans l'hémiplégie hystérique. Journ. de méd. et de chir. pratiques*, p. 81, 1894.

(8) Hirt, *Ueber hysterische Muskelatrophie. Deut. med. Wochens.*, 24 mai 1894, n° 21, p. 459.

Cette règle de la superposition de l'atrophie à la paralysie ou à la contracture ne souffre que de rares exceptions. Dans sa *Leçon* du 12 mars 1889, M. Charcot (1) rapportait l'observation d'un homme porteur d'une hémiplégie gauche incomplète avec hémianesthésie. A droite, il existait, particulièrement marquée sur l'avant-bras, sur la cuisse et la jambe, une atrophie qui s'était rapidement développée et, ce fait doit être considéré comme exceptionnel, n'avait été précédée ni de paralysie ni de contracture.

Maintenant, pourquoi tel paralytique hystérique voit-il ses membres s'atrophier à l'exception de tel autre malade dont les muscles sont respectés par l'atrophie? Cela est impossible à dire. Tout au plus peut-on remarquer que les sujets atteints sont, comme nous l'avons fait souvent ressortir, porteurs en même temps d'autres troubles trophiques, en particulier de ceux qui nous paraissent liés à la diathèse vaso-motrice. Philippe Sergent, la demoiselle Coirin étaient, on s'en souvient, des malades de cet ordre.

*
* *

Les formes de l'atrophie musculaire d'origine hystérique sont variées, et probablement nous ne les connaissons pas toutes encore.

La plus communément observée paraît être la suivante. Un individu est frappé de monoplégie, d'hémiplégie, ou de contracture sous forme hémiplégique ou monoplégique. D'une façon générale, rapidement, au bout de quelques semaines à peine, survient une atrophie des muscles qui prédomine généralement sur l'un des membres en cas d'hémiplégie.

L'atrophie atteint vite son summum d'intensité, portant presque toujours son action sur la totalité des muscles, aussi bien sur les petits muscles de la main que sur ceux du bras ou de l'avant-bras, par exemple; de même pour le membre inférieur.

(1) *Leçons du mardi*, 1888-89, 17e leçon, p. 403.

Parfois des fourmillements, des picotements, semblent marcher de pair avec l'atrophie ou la précéder, mais ces phénomènes sont bien plutôt liés aux troubles sensitifs qui accompagnent presque toujours la paralysie ou la contracture.

Il est un autre signe applicable à toutes les formes, nous ne disons pas à tous les cas, sur lequel nous voulons attirer l'attention. Dans son mémoire, M. Babinski note que les *secousses fibrillaires* manquaient complètement chez ses malades. En 1889, nous rapportions trois cas où celles-ci existaient de la façon la plus manifeste. Dans l'un d'eux, les secousses, venant à se montrer dans les muscles d'un membre où la paralysie et l'atrophie faisaient défaut, indiquèrent au malade lui-même l'imminence de l'atrophie. En effet, quelque temps auparavant elles avaient existé sur le membre supérieur du côté opposé, qui cette fois était contracturé et dont les muscles n'avaient pas tardé à s'atrophier.

En réalité, il résulte des faits publiés depuis 1889 que les secousses font très rarement défaut dans le cortège symptomatique de l'atrophie.

*
* *

Dans les cas dont nous venons de parler, l'atrophie porte sur tous les muscles des trois segments du membre, le plus souvent déjà frappé de paralysie ou de contracture. Elle les envahit fréquemment d'une façon simultanée; c'est une atrophie généralisée à la musculature du membre tout entier.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, car elle peut se limiter à certains territoires musculaires.

Dans le premier cas que nous avons publié, bien que l'atrophie portât sur les muscles des trois segments du membre supérieur droit, elle ne prédominait pas moins d'une façon très marquée sur les éminences thénar et hypothénar, qui avaient disparu presque complètement (fig. 34,

35). Dans ce cas, l'atrophie se répartissait très irrégulièrement, car, alors que le deltoïde et les muscles de la ceinture scapulo-humérale ne paraissaient pas sensiblement atteints, le grand pectoral, par contre, était très diminué de volume.

Chez notre second malade l'atrophie débuta par les muscles de la main droite, qui se mit en griffe; elle gagna l'avant-bras et le bras sans dépasser l'épaule, mais prédomina toujours d'une façon très marquée sur les muscles du segment inférieur du membre.

Quelques mois après la guérison de cette atrophie et de la paralysie concomitante, l'atrophie envahit les muscles de la main gauche sans avoir été précédée et sans s'accompagner de paralysie vraie du membre, qu'elle intéressa ensuite dans sa totalité (fig. 36, 37).

Dans le troisième cas, l'atrophie se superposait à une contracture de la main droite et prédominait sur les muscles de l'éminence thénar; elle ne toucha ni l'avant-bras ni le bras (fig. 38).

Dans le cas de M. Féréol, l'atrophie portait uniquement sur les muscles de l'épaule du côté droit.

Dans celui de M. Michaut, au contraire (*op. cit.*, p. 115), il y avait « un léger degré d'atrophie marqué surtout sur l'avant-bras, à la partie supérieure, par une sorte d'amaigrissement local formant une dépression marquée sur les muscles de la région interne. »

On voit combien les faits sont dissemblables au point de vue de la répartition du trouble trophique.

Dans son mémoire, M. Babinski avait admis que l'atrophie musculaire d'origine hystérique ne s'accompagnait pas de *réaction de dégénérescence.*

Peut-être n'en est-il pas toujours ainsi? Dans un fait que nous avons rapporté (obs. II), l'examen électrique des muscles atrophiés, fait à deux reprises par M. Vigouroux, donna les réactions suivantes :

« Excitabilité éteinte dans les 3e et 4e interosseux dorsaux. Pour le 1er et le 2e, pas de contraction faradique;

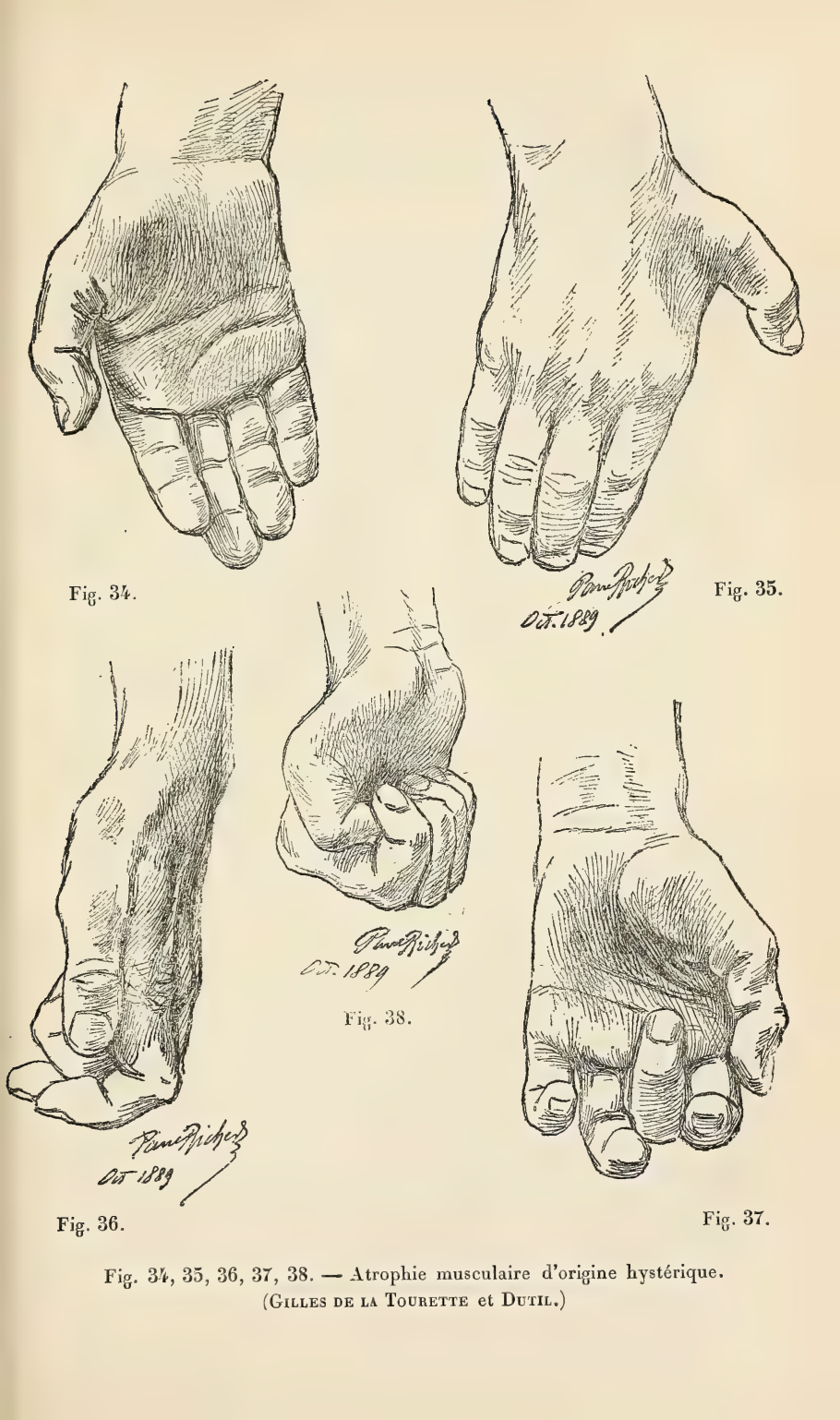


Fig. 34. Fig. 35. Fig. 36. Fig. 37. Fig. 38.

Fig. 34, 35, 36, 37, 38. — Atrophie musculaire d'origine hystérique.
(Gilles de la Tourette et Dutil.)

contraction galvanique très faible. Thénar : excitabilité faradique conservée. En résumé, réaction de dégénérescence très nette. »

Ce cas n'est pas resté tout à fait isolé. Voici en effet ce que dit M. Pitres (1) : « Il est possible qu'on observe dans quelques cas la *réaction de dégénérescence*, ainsi que MM. Gilles de la Tourette et Dutil en ont rapporté un exemple. Je n'ai jamais constaté pour ma part, dans l'hystérie, cette perversion des réactions électriques, mais j'ai vu survenir, chez quelques malades atteints de paralysies franchement hystériques, un affaiblissement rapide de l'excitabilité des muscles paralysés. »

M. Pitres faisait allusion dans la circonstance à un cas de paralysie faciale associée à la contracture de certains muscles. Disons, à propos de cette localisation, que jusqu'à présent nous ne connaissons pas d'observation d'atrophie musculaire portant ailleurs que sur les muscles des membres, de la hanche ou de l'épaule; le tronc et la face paraissent rester indemnes. Cette immunité n'existera probablement bientôt plus, les faits se multipliant chaque jour.

Nous verrons au chapitre des paralysies et contractures que M. Ballet a, de même que M. Pitres, constaté l'existence d'un affaiblissement de l'excitabilité des muscles paralysés, mais rien de plus. Le cas que nous avons publié, où il existait de la réaction de dégénérescence, reste donc isolé. Or, peut-être pourrait-on contester la réalité des réactions anormales qu'on y observa.

En effet, ce même malade, dont nous avons publié en 1889 l'observation, entra en 1893 dans notre service de l'hôpital Cochin ; l'atrophie musculaire de la main et du bras gauches restait telle que nous l'avions notée en 1889. Devant cette longue durée du mal et nous rappelant les réactions perverties que M. Vigouroux avait rencontrées, nous pensâmes qu'il y avait peut-être une corrélation à établir entre la réaction de dégénérescence et les formes tenaces d'atro-

(1) *Op. cit.*, t. I, p. 493.

phie musculaire chez les hystériques. Nous nous disposions à pratiquer l'examen électrique lorsque le malade quitta brusquement l'hôpital.

Nous le retrouvâmes au mois de juillet 1894, à l'Hôtel-Dieu, toujours porteur de la même lésion, dans le service de notre ami le Dr Chantemesse, qui en a fait le sujet d'une leçon clinique (1). Les muscles atrophiés furent examinés en notre présence par le Dr Larat, électricien fort expert, qui nous remit la note suivante : « Diminution considérable des deux contractilités faradique et galvanique. Aucune trace de réaction de dégénérescence. La comparaison des muscles sains avec les muscles atrophiés donne les résultats suivants : Contraction avec muscles sains, 3 milli-Ampère (normal); avec muscles atrophiés, 9 et 10 milli-Ampère. La graduation donne les mêmes résultats proportionnels. »

Que conclure de cela sinon que les troubles des réactions électriques sont très rares dans les atrophies musculaires d'origine hystérique?

En terminant ce paragraphe nous nous demanderons s'il n'existe pas une forme d'*atrophie d'origine hystérique généralisée à tous les muscles* de la vie de relation.

Hirt (2) a rapporté un cas qui semblerait donner raison à cette hypothèse. En 1892, il avait observé une épidémie d'hystérie convulsive survenue dans une école de village. Les jeunes filles atteintes, âgées de neuf à treize ans, guérirent rapidement. L'une d'elles, toutefois, resta souffrante, et en 1893, lorsque M. Hirt la revit, elle présentait une maigreur extrême, une émaciation généralisée à tous les muscles, qui ne présentaient ni secousses fibrillaires ni réaction de dégénérescence. Dix jours après son entrée à l'hôpital, elle succombait; l'autopsie resta négative. M. Hirt fit par exclusion le diagnostic d'*atrophie musculaire généralisée*. Ce cas, on le voit, est peu concluant.

(1) Chantemesse, *Atrophie musculaire d'origine hystérique. Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 sept. 1894, p. 677.

(2) Hirt, *Ueber hysterische Muskelatrophie Deut. med. Woch*, 24 mai 1894

Nous avons eu l'occasion d'observer un hystérique mâle âgé de trente-cinq ans, avec attaques, qui présentait une véritable atrophie généralisée à tout l'appareil musculaire. Les muscles de la vie organique, ceux du pharynx et du larynx étaient indemnes. Isolé dans un établissement hydrothérapique, il reprit peu à peu ses forces et guérit. Incontestablement, il existait dans la circonstance une faiblesse générale de tout l'organisme, mais il n'est pas douteux pour nous que le système musculaire ne fût spécialement affecté.

*
* *

Le *diagnostic* positif de l'atrophie musculaire d'origine hystérique est, en somme, facile à établir, si l'on tient compte des caractères qui lui sont propres et qui font très rarement défaut : superposition à une paralysie ou à une contracture, troubles de sensibilité, coexistence d'autres manifestations hystériques.

Malgré cela, les formes cliniques que peut revêtir l'atrophie sont si variées que souvent on se trouvera embarrassé pour trancher le diagnostic entre une manifestation de la névrose et une atrophie musculaire d'origine organique.

Étant donné que les réactions électriques peuvent être considérées comme normales dans les atrophies hystériques, il n'y aura guère lieu de s'inquiéter des névrites périphériques qui s'accompagnent presque toujours de réaction de dégénérescence et dont, à l'inverse de ce qui s'observe communément dans l'hystérie, les manifestations sont le plus souvent symétriques.

Lorsquelles sont symétriques dans l'hystérie, c'est qu'elles se superposent à une paraplégie; cependant nous savons que, dans des cas exceptionnels, la paralysie peut faire défaut.

En outre, l'atrophie siège sur des membres qui en même temps sont atteints, dans la majorité des cas, de troubles de la sensibilité.

Toutefois, même dans les cas où l'anesthésie coexiste avec

l'atrophie, il faudra encore penser à la syringomyélie, qui, comme on le sait, s'accompagne d'une dissociation particulière qu'on peut également noter dans la névrose (1).

Il est impossible de préciser davantage, car les cas cliniques sont si variés qu'il est difficile de les apprécier, au point de vue du diagnostic, à l'aide des formules générales que comporte un ouvrage didactique.

Nous le répétons, qu'on se souvienne toujours que les atrophies musculaires d'origine hystérique, lesquelles sont bien plus fréquentes qu'on ne le croit communément, sont susceptibles d'entraîner à commettre des erreurs de diagnostic avec les maladies organiques (2).

*
* *

Le *pronostic* de l'atrophie musculaire d'origine hystérique, quelque forme qu'elle revête, est extrêmement variable au moins quant à la *durée* de l'atrophie. Il est intimement lié à celui de la paralysie ou de la contracture, à laquelle elle se superpose le plus souvent. C'est dire que l'atrophie peut persister des mois et des années, comme dans les observations d'Anne Augier et de la demoiselle Coirin.

Nous avons vu que, dans un premier groupe de faits, l'atrophie envahissait d'emblée et rapidement un ou plusieurs, sinon tous les segments d'un membre; dans d'autres elle est progressive.

Sa disparition peut s'effectuer aussi suivant ces deux modes; toutefois elle n'est jamais spontanée comme celle de la paralysie, à laquelle elle se superpose. Le retour de la puissance motrice dans un muscle frappé de paralysie ou de contracture hystérique peut être subit, mais il faut, si les muscles sont atrophiés, un temps suffisant aux faisceaux musculaires pour se régénérer. C'est ce qui est

(1) Voir t. I, p. 148.

(2) Charcot, *Sclérose latérale amyotrophique ou amyotrophie ? Difficultés de diagnostic. Arch. de Neur.*, vol. XXV, mars-avril 1893, n° 74, p. 161.

très nettement noté dans le cas de Philippe Sergent, dont la main, la cuisse et la jambe droites ne « *rengraissèrent* » pas immédiatement.

Cependant, il faut se méfier des apparences, car le membre atrophié peut se mouvoir, dans certains cas, aussitôt après la cessation de la paralysie, et cela, malgré l'atrophie. Il existe, en effet, toujours un nombre plus ou moins considérable de faisceaux musculaires simplement frappés d'amyosthénie et que l'atrophie a respectés.

La constatation de la réaction de dégénérescence pourrait assombrir le pronostic puisque, dans le cas que nous avons publié et où cette réaction existait, l'atrophie observée en 1889 n'avait aucune tendance à rétrocéder en 1894. Il est vrai que ce fait renferme des éléments contradictoires, puisqu'à cette dernière époque la réaction de dégénérescence faisait défaut.

Bien que nous ne connaissions pas d'exemple où l'examen microscopique des muscles ait été fait, tout nous porte à croire, justement en l'absence de la réaction dégénérative, qu'il s'agit d'une *atrophie simple*. Les faits suivants vont cependant nous inviter à nous montrer plein de réserves sur ce point particulier.

*
* *

Dans les cas que nous venons de décrire, le trouble trophique se limitait aux muscles. Chez Philippe Sergent, il coexistait de l'œdème bleu, et rien de plus. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et certains faits sont beaucoup plus complexes.

Le 28 mars 1890, MM. Chantemesse et Widal (1) présentaient à la *Société médicale des hôpitaux* un homme de vingt-sept ans qui, quelques jours après l'ouverture d'un abcès siégeant au niveau de l'angle du maxillaire inférieur,

(1) Chantemesse et Widal, *Troubles trophiques liés à l'hystérie et simulant ceux d'une névrite radiculaire du plexus brachial. Soc. méd. des hôp.*, séance du 28 mars 1890.

avait vu survenir de l'atrophie du membre supérieur gauche dans toute son étendue.

Le deltoïde gauche, le sus et le sous-épineux, le grand dentelé sont aplatis. La différence entre les deux membres est de deux centimètres au niveau de l'avant-bras et d'un centimètre au niveau du bras en faveur du côté droit.

Mais l'intérêt de ce fait réside surtout en ce qu'il existe en même temps de l'atrophie de la peau des doigts et des os sous-jacents et des troubles de la nutrition des ongles.

« L'aspect de la main, disent-ils, est caractéristique. Elle est amigrie dans sa totalité par atrophie des éminences thénar et hypothénar et des muscles interosseux. Il n'y a pas hyperkératinisation de la peau dans la paume de la main. Le système ligamenteux ainsi que l'aponévrose palmaire et les diverses articulations de la main sont intactes, mais les doigts présentent une effilure toute particulière. Ils sont amincis dans toute leur étendue; la peau atrophiée, lisse, luisante, est collée aux os sous-jacents; c'est l'aspect du glossy-skin. La main est moite et des gouttes de sueur perlent constamment à la surface des doigts. Les poils qui recouvrent la face dorsale de la première phalange sont amincis. Les ongles sont incurvés, brillants, arrondis, et tranchent par leur aspect affiné avec ceux du côté opposé, qui sont aplatis et carrés. Ils sont incurvés dans leur diamètre transversal et dans leur diamètre longitudinal. Ils sont striés transversalement et longitudinalement, et martelés transversalement. La peau de la matrice est amincie et collée à l'ongle. Le bord libre de l'ongle est très épaissi, la peau de la pulpe digitale lui est adhérente.

« La température de la main gauche est moins élevée que celle de la main droite. Le moindre froid amène une teinte violacée avec engourdissement total de la main et légère enflure. La sensibilité au contact, à la douleur, à la piqûre, est conservée dans tout le membre malade. »

Les réactions électriques étaient normales. On eût pu penser à une névrite radiculaire du plexus brachial, mais

la coexistence de nombreux stigmates d'hystérie, la présence d'une hémi-hyperesthésie gauche s'arrêtant circulairement au niveau du poignet, épargnant la main, jointes à d'autres phénomènes qu'il serait trop long d'énumérer, permirent de rapporter ces troubles trophiques à l'hystérie.

Cette observation ne restait pas longtemps isolée. Le 9 mai 1890, M. Ballet présentait, lui aussi, à la *Société médicale des hôpitaux*, un homme de vingt-deux ans qui, deux mois auparavant, s'était aperçu que, sans cause apparente, son bras gauche maigrissait et faiblissait.

« Les muscles du bras, de l'avant-bras et de la main sont atrophiés en masse, dit-il; il y a plusieurs centimètres de différence entre le périmètre de chaque bras. Si l'on regarde la main droite, qui est saine, on la voit large et vigoureuse; c'est une main de manouvrier. Si l'on examine la main gauche, on voit l'index et le petit doigt effilés comme des doigts aristocratiques. Ainsi donc l'atrophie n'est pas seulement musculaire; elle porte aussi sur les os et le tissu fibreux. Ces troubles sont survenus rapidement comme les atrophies d'origine articulaire, et l'atrophie de ce malade s'est constituée en moins d'un mois. »

Le malade était porteur d'une hémianesthésie gauche et de nombre d'autres stigmates hystériques.

En 1886, M. Chauffard (1) avait déjà publié un cas de monoplégie brachiale gauche d'origine hystéro-traumatique, accompagnée d'atrophie musculaire et osseuse. La paralysie et les phénomènes qui s'y superposaient guérirent par le massage.

*
* *

A propos de troubles trophiques survenant du côté des os, M. Pitres a noté la *chute spontanée des dents*, chez une femme sujette à des attaques répétées de paralysie hystérique.

(1) Chauffard, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 21, p. 341, 1886.

« En 1886, dit-il (t. I, *op. cit.*, p. 496), pendant la paralysie des quatre membres, qui a durée trois mois, la malade a eu une large eschare fessière. En 1887, quand la paralysie s'est montrée pour la deuxième fois, l'eschare s'est reproduite. Elle a été, paraît-il, très large, mais elle n'a pas dû être très profonde, car elle n'a pas laissé de cicatrice. En 1888, pendant la troisième attaque de paralysie, la malade a beaucoup souffert de névralgies de la face. Un jour, elle a constaté une tuméfaction œdémateuse de la joue et des gencives du maxillaire supérieur gauche ; puis, sans qu'il y eût de suppuration, toutes les molaires de la mâchoire supérieure gauche se sont ébranlées, et dans l'espace d'un mois elles sont toutes tombées. Elles n'étaient pas cariées et se détachaient sans douleur de leurs alvéoles. Les autres dents n'ont présenté rien de particulier. »

Dans la séance du 16 septembre 1892, de l'*Association française pour l'avancement des sciences,* tenue à Pau, M. Moulonguet (d'Amiens) donnait l'observation d'une hystérique chez laquelle une fracture de jambe s'était terminée par une pseudarthrose qui avait nécessité la suture osseuse. M. Moulonguet rapportait par exclusion ce trouble trophique à l'hystérie, mais son opinion resta sans écho, d'autant que, dans sa chute, la malade s'était fait une fracture de la clavicule du même côté, laquelle s'était parfaitement consolidée.

Nous ne quitterons pas ce sujet sans parler des *craquements articulaires et synoviaux* dont Féré et Quermonne (1), ont rapporté quelques observations. Landouzy (2) avait décrit des phénomènes analogues se manifestant à la fin des crises, dont ils annonceraient la terminaison.

L'arthralgie hystérique ne s'accompagnant pas de phénomènes d'arthrite susceptibles de déterminer la production de craquements anormaux : ces bruits se passent sur-

(1) *Contribution à l'histoire des phénomènes simulés ou provoqués chez les hystériques* (*craquements articulaires et synoviaux*). *Progrès médical,* 1882, p. 629.

(2) *Traité complet de l'hystérie*, 1846, p. 89.

tout dans les gaines synoviales, où ils peuvent, disent MM. Féré et Quermonne, « être développés, cultivés pour ainsi dire et se présenter alors sous un aspect tout à fait extraordinaire. » Ces bruits synoviaux peuvent être ainsi entendus à distance; ils produisent une crépitation toute spéciale. Quelquefois ils sont localisés à certaines régions du corps, plus souvent généralisés : ils demandent, pour se produire, l'intervention du sujet lui-même, l'exploration directe de la région ou ils prennent naissance restant inefficace.

Nous avons observé un cas de cet ordre chez une hystérique qui, de même que les malades de Féré, n'avait jamais été atteinte antérieurement de rhumatisme, et nous avons pu constater que chez elle la crépitation s'effectuait au niveau des gaines tendineuses.

*
* *

Il semble, en effet, qu'à part les phénomènes douloureux que nous avons décrits sous le nom d'*arthralgie* (t. I, chap. VI), les articulations ne soient jamais touchées organiquement, trophiquement, si l'on aime mieux, par l'hystérie. Cela va ressortir de la description que nous allons donner de certains troubles que l'on observe du côté des tendons des muscles contracturés ou paralysés ou des appareils ligamenteux péri-articulaires, et pour l'interprétation desquels il est nécessaire d'entrer dans quelques considérations préliminaires.

On sait que, lorsqu'un membre est immobilisé pendant un temps assez long dans une position fixe, l'avant-bras en extension, par exemple, dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, il se produit, du côté du carpe, une sorte d'ankylose qui rend par la suite les mouvements articulaires extrêmement douloureux. A cette ankylose se joint souvent de l'atrophie des muscles et une sclérose des tissus périarticulaires.

Dans certains cas de phlegmon de la paume de la main, si, pendant la convalescence, les doigts ont été laissés en

flexion, il devient très difficile de les redresser par suite d'une rétraction manifeste des tendons fléchisseurs. Si l'attitude vicieuse a duré trop longtemps, le massage est insuffisant et il faut pratiquer des sections tendineuses et mobiliser les articulations sous le chloroforme.

Des phénomènes analogues, par certains points, aux précédents, s'observent parfois dans les membres immobilisés pendant longtemps dans des attitudes vicieuses sous l'influence de paralysies ou de contractures d'origine organique.

M. Charcot, qui le premier (1) a eu le mérite de signaler ces faits d'importance capitale au point de vue thérapeutique, a montré, en effet, que les contractures par sclérose descendante, de même que les paralysies par névrites alcooliques, pouvaient s'accompagner de ces rétractions fibro-tendineuses. Par exemple, à la suite de l'immobilisation prolongée du pied en équin direct, soit par prédominance de la contracture dans les fléchisseurs (pachyméningite cervicale hypertrophique), soit par prédominance de la paralysie dans les extenseurs (alcoolisme), il se fait des déformations par raccourcissement du tendon d'Achille, qui restent permanentes, alors que l'élément actif, paralysie ou contracture, a depuis longtemps disparu. Le tendon trop court forme une bride saillante qui met obstacle à la station debout normale, le pied ne pouvant reposer à plat sur le sol.

L'intervention, consistant en la section du tendon et quelquefois aussi des brides dues à la rétraction des tissus fibreux périarticulaires, devient nécessaire pour assurer la marche. M. Terrillon (2), chirurgien de la Salpêtrière, a tracé les règles opératoires applicables en pareils cas.

(1) Charcot, *Rétractions fibro-tendineuses dans les paralysies spasmodiques par lésions organiques spinales et dans la contracture spasmodique hystérique (pied bot hystérique)*. Leç. recueillie par J. Babinski. *Le Bull. méd.*, 1887, p. 99.

(2) Terrillon, *De l'intervention chirurgicale dans certains cas de rétractions musculaires succédant à la contracture spasmodique. Nouv. Icon. de la Salp.*, p. 92, 143, 1888.

De semblables rétractions fibro-tendineuses sont susceptibles de s'observer au cours des contractures et peut-être aussi des paralysies hystériques. M. P. Blocq (1) a rapporté quatre observations de ces phénomènes qui, nous le répétons, étaient restés totalement inconnus avant la publication de la leçon de M. Charcot.

Dans trois cas, il s'agissait de contractures hystériques en équin direct des deux membres inférieurs ; dans un quatrième cas, la contracture était limitée au membre inférieur gauche, le pied étant porté en adduction forcée.

Ces faits sont peu fréquents : nous n'en connaissons qu'un autre publié par MM. Oulmont et Touchard (*op. cit.*, obs. I), dans lequel il existait des rétractions fibro-tendineuses dues à une contracture du poignet gauche, s'accompagnant d'atrophie musculaire et d'autres troubles trophiques, ainsi que cela s'observe souvent en pareille occurence.

Peut-être cette rareté tient-elle à ce que l'attention n'a été que récemment attirée sur ces faits. Peut-être aussi, avant les recherches de Charcot, les auteurs considéraient-ils comme appartenant à la contracture elle-même ces déviations permanentes qui ne relèvent que des lésions fibreuses. A cette époque, l'examen chloroformique était pratiqué beaucoup moins souvent que de nos jours, et il est indispensable en pareils cas.

Les paralysies flasques semblent échapper aux rétractions fibro-tendineuses, probablement parce que le membre ne s'immobilise pas en attitude vicieuse. Toutefois, dans les paraplégies, par exemple, il sera prudent de placer un cerceau sur les pieds, afin d'éviter la flexion permanente des orteils, qui existait dans un cas de Blocq-Terrillon en coïncidence avec un double équin direct, appartenant, il est vrai, à la contracture. Il devint nécessaire de faire la section des tendons du fléchisseur propre

(1) P. Blocq, *Des rétractions fibro-tendineuses compliquant la contracture spasmodique. Nouv. Icon. de la Salp.*, p. 28, 64, 1888. — *Id., Des contractures.* Th. Paris, 1888, p. 102 et suiv.

du gros orteil des deux côtés concurremment avec celle des deux tendons d'Achille.

Aucune règle fixe ne préside à l'apparition de ces phénomènes. La littérature médicale est remplie de faits de contracture des membres inférieurs ayant imprimé aux pieds des situations vicieuses pendant plusieurs années et qui guérirent complètement sans qu'une opération fût ultérieurement nécessaire.

Par contre, nous avons récemment observé, avec le Dr Beurnier, chirurgien des hôpitaux, une petite fille de douze ans, atteinte de coxalgie hystérique gauche, s'accompagnant de flexion de la jambe sur la cuisse. Il existait une rétraction permanente des tendons du biceps et du demi-tendineux avec subluxation du tibia en arrière, qui nécessita une intervention opératoire. Et pourtant la contracture n'avait que cinq mois de date. Nous retrouverons ce cas au chapitre du Traitement.

Dans les trois cas opérés par M. Terrillon, l'opération montra que seuls les tendons et les tissus fibreux périarticulaires étaient rétractés; comme aussi, dans notre cas, l'articulation du genou était indemne de toute altération; les craquements siégeaient uniquement dans les gaines tendineuses; encore et malgré la rétraction considérable des tendons, étaient-ils peu marqués.

« Ce n'est heureusement pas dans l'intérieur de l'articulation, dit M. Terrillon (*op. cit.*, p. 96), que se produisent ces désordres. Celle-ci reste intacte, et ses cartilages ne sont pas dépolis, la synoviale seule étant peut-être moins abondante comme dans toute articulation immobilisée. Ces désordres se développent autour de l'article dans le tissu cellulaire et les tissus fibreux ou ligamenteux qui l'entourent, en un mot, dans les tissus *périarticulaires*. Ceux-ci s'épaississent, s'indurent, s'exagèrent de manière à masquer les reliefs de l'articulation. Ils ont surtout pour effet de gêner les mouvements, lorsque le muscle trop court a été allongé par une opération appropriée. Des tiraillements douloureux, la déchirure des

plans fibreux périarticulaires, au moment où l'on pratique des mobilisations, donnent la preuve de leur résistance, qui retarde pendant quelque temps le retour des mouvements complets de l'articulation. Ces désordres sont variables suivant les cas, ils nous ont semblé moins accentués (et pour nous cela est la règle) dans les reliquats des contractures hystériques spasmodiques que dans les contractures d'autre origine. »

Ce que l'on observe surtout dans les contractures hystériques, c'est que « l'enveloppe fibreuse du muscle et son tendon ont subi un certain degré d'induration qui a produit un raccourcissement évident ».

Le tissu cellulaire du muscle est rendu inextensible, mais sa partie contractile, qui presque toujours est atteinte d'un certain degré d'atrophie, reste intacte.

Ces phénomènes doivent-ils être considérés comme de véritables troubles trophiques nés sous l'influence de l'hystérie, ou bien sont-ils simplement dus à l'immobilisation prolongée?

Si l'on adopte cette dernière opinion, pourquoi de pareilles lésions surviennent-elles toujours dans les fractures ordinaires, trop longtemps immobilisées, par exemple, alors qu'on les observe si rarement et d'une façon aussi irrégulière, pour ainsi dire, dans les membres que la contracture hystérique a tenus immobiles beaucoup plus longtemps qu'une affection chirurgicale?

De même, pourquoi observe-t-on chez certains sujets paralysés ou contracturés de l'œdème ou de l'atrophie musculaire, alors que d'autres malades, atteints pendant le même laps de temps de la même manifestation, restent indemnes de ces complications?

C'est, à notre avis, que la trophicité, dont nous ne connaissons pas les lois, intervient pour les produire. A ce titre, devions-nous étudier ces manifestations dans ce chapitre, quitte à y revenir pour tracer les règles de l'intervention opératoire en pareils cas.

*
* *

Nous allons décrire maintenant les phénomènes connus sous le nom de *fièvre hystérique,* sans attacher à la place que nous leur attribuons au milieu des troubles trophiques aucune signification théorique. Leur nature intime nous échappe encore presque complètement, et c'est à peine si leur réalité n'est plus contestée.

Les anciens auteurs, Baillou, Rivière, Morgagni, Tissot, Robert Whytt, admettaient l'existence d'une fièvre hystérique ou au moins d'une fièvre nerveuse, mais leurs observations sont fort écourtées et leurs descriptions manquent de précision.

Prenons pour exemple Pomme (1), l'un des plus souvent cités.

Il décrit d'abord le *frisson hystérique* (p. 233). On croit peut-être qu'il s'agit là du début de la fièvre ; il n'en est rien : ce sont des phénomènes de tout autre ordre qu'il a en vue. « Parmi les différents symptômes des affections vaporeuses, dit-il, on compte la sensation du froid et du chaud qu'éprouvent successivement toutes les parties du corps. On voit, en effet, assez communément des femmes qui en sont continuellement tourmentées, malgré toutes les précautions qu'elles prennent pour se garantir des injures de l'air, et d'autres qui ne le ressentent que dans une seule partie du corps... »

Un peu plus loin (p. 248), dans le chapitre intitulé : *Fièvre spasmodique*, il s'exprime ainsi : « La fièvre, à laquelle les femmes vaporeuses sont quelquefois sujettes, sera du même caractère que celle que les médecins appellent *non humorale;* c'est-à-dire celle qui n'est point produite par la présence d'une matière fébrile, mais par le seul vice des nerfs, lequel consiste dans un ébranlement général des fibres nerveuses, d'où s'ensuit une augmenta-

(1) Pomme, *Traité des affections vaporeuses*, *op. cit.*, t. I, an VII.

tion considérable de force dans le cœur, les artères et les veines. »

Cette définition n'est pas mauvaise, et la « matière fébrile » représente assez bien les poisons microbiens et les auto-intoxications dont on parle tant aujourd'hui.

L'observation « de la citoyenne Saint-Jurs, âgée de dix-huit ans », qui « fut attaquée d'une fièvre des plus aiguës avec toux, oppression et un léger crachement de sang », et qui joignit à ces symptômes « des évanouissements vaporeux, des coliques, des borborygmes, le spasme de la vessie et des reins, les urines claires, limpides et le dérangement des règles, ce qui déclara parfaitement l'affection hystérique », cette observation, disons-nous, vaut beaucoup mieux que certains cas modernes dont la précision laisse singulièrement à désirer.

La doctrine physiologique, ou prétendue telle de Broussais, sapa dans ses fondements l'essentialité de la fièvre hystérique. L'inflammation de l'utérus et de l'ovaire, cause productrice directe de la névrose, enlevait à la fièvre tout caractère d'autonomie.

Ces conceptions conduisirent Chomel et Landouzy à la négation presque absolue de la fièvre hystérique. Et Grisolle s'exprime ainsi dans son *Traité de pathologie interne* (éd. de 1846) :

« Le pouls des hystériques est souvent accéléré. Quelques-unes ont des horripilations, des sensations de froid et de chaud, mais ce ne sont là que des perversions de la sensibilité. Ces malades sont apyrétiques. On a dit qu'un mouvement fébrile pouvait éclater quelquefois et devenir continu et intermittent. Sans nier absolument que la fièvre puisse naître sous l'influence des troubles du système nerveux, convenons cependant que le fait est bien rare, si rare que, lorsqu'il y a de la fièvre, on doit soupçonner que celle-ci est de cause symptomatique et en rechercher la cause organique. »

Rappelons que Beau admettait l'existence d'une fausse fièvre typhoïde d'origine nerveuse.

Avec Briquet, la question change de face et la fièvre hystérique reprend de nouveau droit de cité. L'opinion de Broussais et de son École doit être rejetée.

« Dès que l'observation des faits, dit-il (p. 492), a remplacé les idées spéculatives, il a été facile de constater qu'il existait chez les hystériques un état fébrile qui ne résultait pas, non seulement de l'existence de phlegmasies utérines, mais même de celle d'une altération matérielle des organes, appréciable à nos sens. Sandras avait reconnu cette vérité, et il avait admis, dans son ouvrage, l'existence d'une fièvre nerveuse particulière. »

Briquet oublie d'ajouter que, sous le nom de fièvre nerveuse, Sandras (1) décrit un état analogue, suivant lui, au marasme nerveux de Robert Whytt. Il donne, du reste, à ce terme une acception si large ou si restreinte qu'il oublie de prononcer une seule fois le nom de fièvre hystérique.

Quoi qu'il en soit, Briquet établit trois catégories parmi les malades qu'il croit atteintes de fièvre hystérique.

La première, dans laquelle il y a simplement fréquence du pouls qui « ne s'accompagne d'aucun autre phénomène fébrile, ni d'aucun autre trouble dans les fonctions, autres que ceux qui sont propres aux hystériques apyrétiques ».

Dans une seconde, « sans aucun phénomène hystérique différent de celui des hystériques ordinaires, il y a non seulement de la fréquence du pouls, mais encore de la chaleur de la peau, ce qui rapproche davantage cet état de la fièvre.

« Enfin, il est une troisième classe d'hystériques chez lesquelles on ne trouve pas plus de raisons que chez les malades précédentes pour admettre un trouble matériel dans les organes et qui, outre la fréquence du pouls et la chaleur de la peau, ont les phénomènes qui complètent l'état fébrile : de la céphalalgie, de la soif, de l'anorexie et du brisement dans les membres.

« Cet état fébrile peut être porté à un haut degré, et ce

(1) Sandras, *Traité pratique des maladies nerveuses*, t. I, p. 105, ch. II. *De la fièvre nerveuse*. Paris, 1851.

qui le caractérise et le distingue d'une simple fièvre inflammatoire, produit de la réaction et de l'état pyrétique typhoïde, c'est sa durée de trois à six mois, qui ne peut être le résultat d'aucun des états pyrétiques ordinaires. »

« Un pareil état fébrile, ajoute-t-il, n'est certainement pas commun ; je l'ai vu peu fréquemment, mais dans les observations que j'ai prises, il s'est trouvé une vingtaine de femmes au moins qui, à une certaine période de leur maladie hystérique, avaient été prises d'une maladie fébrile grave, qu'on avait regardée tantôt comme une maladie cérébrale, tantôt comme une fièvre typhoïde, dont la durée avait été de trois à quatre mois et quelquefois plus, et qui avait présenté pour phénomène saillant beaucoup de céphalalgie, fréquemment un délire extrême et fort prolongé, de temps en temps des convulsions hystériques, une série variée et souvent répétée de spasmes de toute espèce ; et, après cette maladie, il était resté un état de faiblesse extrême ; des anesthésies et des hyperesthésies ou des paralysies des membres inférieurs qui avaient duré plusieurs mois. Pendant tout le temps de la maladie, les malades avaient été en proie à une fièvre continue très vive, et les fonctions digestives avaient été suspendues pendant tout le temps.

« Cet état ne pouvait se rapporter ni à une phlegmasie des parties de l'encéphale, ni à une fièvre typhoïde, ni à une phlegmasie d'aucun des organes splanchniques. Enfin, chez ces vingt malades, aucune n'avait péri, quoique les accidents cérébraux et les phénomènes fébriles eussent été infailliblement suivis de la mort, si les malades eussent été prises de méningite, d'encéphalite ou de fièvre typhoïde ordinaire. »

Si tous ces cas s'accompagnaient véritablement d'élévation thermique, criterium indispensable dans l'espèce, et si cette élévation était attribuable à la seule hystérie, il faut avouer que Briquet fut singulièrement favorisé, car nous verrons que la fièvre hystérique est, en réalité, une manifestation fort rare de la névrose.

L'opinion de Briquet sur la réalité de la fièvre hystérique se trouva corroborée dans les thèses de Gagey (1) et de Briand (2).

Mais une réaction ne tardait pas à se produire. Pinard (3), analysant une à une les observations de ces deux derniers auteurs, montrait que, dans la plupart, on ne pouvait dire qu'il y eût véritablement fièvre, puisque la température ne s'élevait pas, en général, au-dessus de 38°. Dans deux cas de Briand, on devait penser, étant donnés l'état général, la présence de la diarrhée et des taches rosées, à l'existence d'une véritable fièvre typhoïde. Aussi Pinard concluait-il :

« 1° Que la fièvre hystérique essentielle, à forme continue, décrite par Briquet, malgré les recherches de MM. Gagey et Briand, ne repose sur aucune observation concluante et qu'il faut dès lors la considérer comme fort douteuse.

« 2° La fièvre hystérique à forme courte, créée de toutes pièces par Briand dans sa thèse en 1877, ne repose que sur deux faits dont le diagnostic est très discutable et nous nions son existence.

« 3° D'après nos observations, il existe chez les hystériques un ensemble de phénomènes que nous comprenons sous le titre de *pseudo-fièvre hystérique*, puisqu'il n'y a aucune élévation thermométrique et qui probablement a souvent fait croire à l'existence d'une fièvre réelle.

« 4° Cette pseudo-fièvre revêt, dans certains cas, une forme continue; dans certains autres, une forme intermittente.

« 5° Elle est surtout caractérisée par l'accélération temporaire des pulsations cardiaques qu'il est intéressant de rapprocher de la tachycardie permanente du goitre exophtalmique.

(1) Gagey, *Des accidents fébriles qu'on remarque chez les hystériques*. Th. Paris, 1869.

(2) Briand, *De la fièvre hystérique*. Th. Paris, 1877.

(3) Pinard, *De la pseudo-fièvre hystérique*. Th. Paris, 1883.

« 6° Le diagnostic est toujours possible par les antécédents et par la température, qui reste normale. »

L'existence de la fièvre hystérique se trouvait encore une fois contestée, en France surtout.

Sa réalité sembla de plus en plus improbable, lorsque, en 1884, M. du Castel vint à la *Société médicale des hôpitaux* rapporter l'observation d'une femme qu'on croyait atteinte de cette manifestation lorsqu'on découvrit que, guidée par un esprit de simulation, elle faisait monter la colonne mercurielle en percutant avec le doigt le réservoir du thermomètre.

Les choses en étaient à ce point lorsque M. Debove (1) apporta à la *Société médicale des hôpitaux* l'histoire clinique d'une malade hystérique confirmée qui, depuis trois ans, avait présenté un état fébrile oscillant entre 40 et 38 degrés sans descendre jamais au-dessous de ce chiffre. En 1886, il complétait sa communication, affirmant qu'il n'avait pu trouver chez elle aucun état organique susceptible, en dehors de l'hystérie, d'expliquer cette élévation thermique. Mettant l'expérimentation au service de ses recherches, il ajoutait : « Sur une série de sujets des deux sexes hypnotisés ou hypnotisables, en suggérant une sensation de chaleur intense, nous avons produit des élévations de température qui ont varié, suivant les expériences, de cinq dixièmes à un degré cinq dixièmes. Ce dernier chiffre a été presque régulièrement obtenu chez les sujets facilement suggestionnables... Lorsque nous avons essayé de produire le refroidissement des malades par suggestion, les résultats ont été contradictoires ; tantôt la température restait invariable, tantôt elle s'élevait de un à deux dixièmes. »

L'observation de M. Debove donna à cette question de la fièvre hystérique une nouvelle et féconde impulsion.

La même année, M. Barié (2) publiait un cas dans lequel

(1) Debove, *De la fièvre hystérique. Soc. méd. des hôp.*, séance du 13 février 1885. — *Id.*, 23 avril 1886.

(2) Barié, *Sur un cas de fièvre hystérique. Soc. méd. des hôp.*, 28 mai 1886.

la fièvre, d'origine hystérique, avait duré vingt jours, s'accompagnant de particularités que nous retrouverons bientôt.

Ce fait marque l'éclosion d'une quantité considérable de travaux. Nous en signalons quelques-uns (1), nous réservant d'insister, chemin faisant, sur ceux qui présentent un intérêt particulier.

On remarquera que parmi ces travaux il n'en est pas qui émanent directement de la Salpêtrière. Il n'a jamais été observé, que nous sachions, dans le service de M. Charcot, de cas authentique de fièvre hystérique, ce qui veut dire probablement que cette manifestation n'est pas fréquente. Mais nous verrons encore, et cela nous donnera peut-être l'explication de cette bizarrerie, que la fièvre hystérique revêt dans la grande majorité des cas le masque d'une maladie aiguë : fièvre typhoïde, fièvre palustre, tuberculose pulmonaire, affections qui peuplent les services généraux de médecine et sont inconnues à la Salpêtrière, à moins d'avoir été contractées dans cet hospice

(1) Ricoux, *Fièvre larvée à forme hystérique. Gaz. hebd.*, n° 22, 1876. — Bordoni, *Ipertermia isterica e orticaria concomitante. Bollet. della Soc. tra i cultori di sc. mediche*, anno IV, 1886. — Moravcsik, *Adatok a hysteriàsok höm. érv. és légz, viszonyaihoz. Orvosi Hetilap* (*Contribution à l'étude de la température, du pouls et de la respiration des hystériques.* Budapest, 1886.) — Hale White, *The Lancet*, 1886, 20 février. *Clinic. soc. of London.* — Deleuil, Th. Montpellier, 1887. — Rainaldi, *Isteroepilessia con febbre isterica. Med. contempor.*, t. IV, p. 573-589. Naples, 1887. — Manzieri, *Sopra un caso di febbre intermittente di probabile natura isterica consecutiva a pneumonite migrante. Arch. ital. di clinica medica*, août 1888. — A.-L. Lopes, *Febre intermittente de origein nervosa. Revista de neurologia e psychiatria.* Lisbonne, 1888, n° 1, p. 73. — Sal. Marino, *Sulla febbre isterica. Lavori di Congr. di med. int.*, 1889. Milan, 1890, t. II, p. 334, 336. — Stephan, *Febris hysterica. Nederl. Tidsch. v. geneesk.*, 28 février 1891. — Pucci, *Febbre isterica. Gazz. degli osp.*, n° 91, 1891. — Sacchi, *Di uno caso de probabile febbre isterica con pseudoaffezioni viscerali. Riv. gen. ital. di clinica med.*, n°s 6, 7, 1891. — Summers, *Omaha's remarkable case of high temperature; an undoubted hysterical fake. Omaha Clinic.*, 1891-1892, t. IV, p. 115-118. — Moscato, *Isterismo nella forma non convulsiva; vomito ostinato della durata di 15 mezi; guarigione per imperiosa auto-suggestione; febbre isterica. Sicilia medica*, anno 2, fasc. VI. — Estevès, *Fièvre hystérique. Nouv. Icon. de la Salp.*, t. V, n 1, 1892.

même. Pour notre part, dès 1889, nous déplorions l'absence de ces faits qui nous eussent permis d'ajouter un nouveau chapitre à notre étude sur la nutrition dans l'hystérie.

*
* *

Les femmes fournissent de beaucoup le plus fort contingent d'observations; peut-être cette proportion se modifiera-t-elle à la faveur des connaissances récemment acquises sur l'hystérie masculine.

Comme causes déterminantes, il faut citer, dans l'étiologie banale des accidents hystériques, les émotions vives, la suppression brusque des règles (Vérette (1), M. Putnam Jacobi) (2); en somme, rien de particulièrement susceptible d'expliquer la détermination morbide.

Toutefois, MM. Hanot et Boix (3), dans une observation très intéressante, nous ont fort judicieusement montré dans quel sens il fallait chercher pour préciser l'étiologie de cette manifestation. « On peut se demander, disent-ils, pourquoi la malade (âgée de vingt et un ans) est entrée dans l'*hystérie active* par de la fièvre et pourquoi cette fièvre a d'abord pris les allures d'une dothiénentérie. La réponse suivante nous semble au moins plausible. Cette femme a vu évoluer, à côté d'elle, trois fièvres typhoïdes qu'elle a soignées.

« Le tableau de cette maladie s'est gravé d'une façon grossière, il est vrai, mais suffisante et à son insu, dans son cerveau d'hystérique. Le jour où elle va à l'hôpital et voit son mari très gravement malade, elle a peur, se demande, inconsciemment sans doute, si elle aussi ne va pas être malade comme lui et peut-être mourir, et voilà que le jour même elle reproduit, en quelques heures, cer-

(1) Vérette, *De l'hystérie aiguë consécutive à l'arrêt de la menstruation.* Th. Paris, 1875.

(2) Mary Putnam Jacobi, *Hysterical fever. The Journ. of nerv. and ment. sciences,* 1890, p. 373.

(3) Hanot et Boix, *Sur un cas de fièvre hystérique. Bull. de la Soc. méd. des hôp.,* séance du 28 avril 1893. — Un des auteurs donne, en outre, chemin faisant, l'analyse de trois cas personnels, intéressants à divers titres.

tains symptômes qui l'ont frappée chez son mari : le saignement de nez, la céphalalgie avec vertige, la fièvre, la courbature ; quant au ballonnement du ventre, une constipation opiniâtre de huit jours l'explique assez. »

Malheureusement on ne retrouve pas, dans l'exposé de tous les cas, des remarques qui éclairent aussi vivement la pathogénie de la détermination morbide que nous étudions.

*
* *

Il est fort difficile de donner une description de la fièvre hystérique, tellement les formes cliniques en sont nombreuses.

Aug. Fabre (1) admettait les suivantes : éphémère, continue, intermittente, fébricule typhoïde; auxquelles il adjoignait la fièvre hystérique à type typhoïde, pseudo-méningitique, dyspnéique. H. Fabre (2) accepte les quatre derniers types et la forme intermittente.

Les auteurs de deux récentes revues sur la question proposent des classifications différentes. Sarbò (3) se préoccupe surtout du degré de l'élévation thermique; Boulay (4) adopte une division qui nous paraît préférable. Pour lui, du reste, le nombre des faits n'est pas assez considérable pour qu'on puisse tenter une classification d'après les seuls caractères de la courbe thermométrique ou de la marche de la fièvre.

« Décrire à la fièvre hystérique, dit-il, des formes lentes, courtes, continues, intermittentes, rémittentes, n'est-ce pas reconnaître qu'elle ne revêt pas de type particulier, puisque, dans un même cas, il est donné de voir la fièvre revêtir au début la forme lente pour prendre ensuite la forme intermittente et plus tard la forme rémittente ?

(1) Aug. Fabre, *L'hystérie viscérale*, 1883, p. 50.

(2) H. Fabre, *Contrib. à l'étude de la fièvre hystérique*. Th. Paris, 1888.

(3) Sarbò, *Ueber hysterisches Fieber. Archiv. f. Psych.*, XXIII Bd, 2 Heft, 1891, p. 486 (bonne bibliographie).

(4) Boulay, *De la fièvre hystérique. Revue générale* in *Gazette des hôpitaux*, n° 148, décembre 1890.

« Il semble plus logique — et nous partageons son opinion — de baser l'étude symptomatologique de la fièvre hystérique, non pas tant sur les caractères de cette fièvre elle-même que sur les symptômes concomitants. Dans un premier groupe de faits se rangent les cas où la fièvre est le principal, sinon l'unique symptôme : elle évolue, sans reproduire l'aspect d'aucun autre état pathologique. Dans un second groupe, plus vaste, l'hyperthermie s'accompagne de phénomènes qui simulent de plus ou moins près une affection viscérale; ce ne sont pas les cas les moins embarrassants. Dans le premier cas, l'élévation de température reste plus ou moins longtemps l'unique manifestation de l'hystérie; dans le second, il s'agit plutôt de *phénomènes hystériques avec fièvre.* »

Les cas de *fièvre hystérique proprement dite,* se rapportant à la forme lente décrite par Briquet, ont pour type l'observation publiée par Debove, en 1885 et 1886.

Il s'agissait d'une femme de vingt-quatre ans, atteinte depuis l'âge de sept ans des manifestations les plus variées de la névrose. A vingt et un ans « elle fut prise d'un violent accès de fièvre caractérisé par les trois stades de frisson, chaleur, sueur, et qui dura plusieurs heures. Depuis cette époque, sa température a été prise régulièrement; presque jamais elle n'est descendue au-dessous de 38 degrés, et à des moments tout à fait irréguliers, une ou deux fois par semaine, sont survenus des accès simulant plus ou moins exactement des accès de fièvre intermittente pendant lesquels la température montait à 39 ou 40 degrés. »

Cette fièvre, en somme continue, était sujette, nous le voyons, à des accès intermittents. L'un de ceux-ci ne dura pas moins de quatorze jours.

« Au milieu de novembre, sans cause appréciable, la température monta à 40 degrés et oscilla pendant quatorze jours entre 40 et 41 degrés. La peau était chaude, brûlante, la langue sale, la céphalalgie intense. La malade avait un peu de délire, mais un délire semblable à celui qu'elle a d'une façon passagère à la fin d'une crise hystéri-

que », ce qui indiquerait bien qu'il s'agissait là d'un équivalent thermique du paroxysme se terminant par du délire.

Du reste, les attaques proprement dites, à type convulsif, — qui deviennent si rares lorsque la fièvre se montre chez les hystériques à l'occasion de maladies intercurrentes, — ne faisaient pas défaut, puisque M. Debove note qu'en janvier 1886, tous les soirs survenaient de grandes attaques de nerfs qui se prolongeaient sans interruption jusque vers une heure du matin.

En dehors d'une sensation de vive chaleur, il n'y avait d'autre souffrance accusée qu'un sentiment continuel de brisement, de courbature des membres. La fréquence du pouls était proportionnelle à l'élévation de la température. A cette époque, celle-ci atteignait le chiffre de 41°,4.

« Lorsque la guérison est survenue, elle a été pour ainsi dire instantanée, sans aucune convalescence, l'amaigrissement et la perte des forces étant très peu prononcés si on les compare à ce que nous observons dans les diverses affections fébriles, et cependant, pendant un mois, la température avait dépassé 41 degrés. Ceci tendrait à démontrer que l'hyperthermie ne constitue pas un aussi grand danger que bien des médecins le soutiennent et que, si elle est redoutée dans les fièvres, c'est qu'elle n'existe pas seule, mais se produit chez des sujets dont les humeurs sont profondément altérées. » C'est la fièvre *non humorale* de Pomme et des auteurs anciens.

Nous avons tenu à donner en substance l'observation de M. Debove parce qu'elle vient au premier rang parmi les cas les plus convaincants de fièvre hystérique que nous possédions. Les éléments de cette conviction sont cependant peu nombreux, et c'est par exclusion que l'auteur, après avoir pensé au paludisme, à la tuberculose, arriva enfin à formuler son diagnostic en s'appuyant surtout sur la coexistence de nombreuses manifestations hystériques d'autre nature. A noter encore que la convalescence n'exista pour ainsi dire pas, au sortir d'une crise d'un mois dans aquelle on avait constaté 41 degrés de température.

En signalant à nouveau ce fait, qu'il existait presque tous les soirs de violentes crises convulsives, nous ajouterons que celles-ci doivent, en elles-mêmes, être exonérées de l'influence qu'on pourrait leur prêter sur l'élévation thermique. Il est en effet parfaitement démontré, après les recherches de Bourneville, que les attaques d'hystérie, à l'inverse des accès d'épilepsie, ne s'accompagnent pas d'une élévation de la température centrale.

Qu'il y ait des équivalents thermiques de l'accès ou, si l'on aime mieux, des paroxysmes hystériques à forme de fièvre, cela est autre chose, et nous discuterons cette opinion pour l'adopter du reste ; mais dans le cas de M. Debove comme dans les autres, lorsqu'il existe des attaques convulsives, celles-ci agissent pour leur propre compte et sont aussi indépendantes des paroxysmes avec fièvre qu'une attaque convulsive pourrait l'être d'une attaque de chorée rythmée par exemple. Il est vrai qu'au fond, tous ces phénomènes sont de la même essence ; aussi n'envisageons-nous que la forme, l'expression clinique, en nous souvenant encore que chez la malade de Debove certains accès fébriles se terminaient par un délire qui ne différait pas de celui qui indiquait la fin des crises convulsives ordinaires.

Ce qui démontre encore l'origine nettement hystérique de ces paroxysmes à élévation thermique, c'est qu'il est de notion vulgaire, ainsi que nous le disions, que les attaques cèdent d'ordinaire chez les hystériques atteintes de manifestations fébriles *cum materiâ*.

Or, la malade de Debove et aussi celle de Hanot et Boix, avaient eu des attaques concurremment avec la fièvre.

Il en était de même d'une malade observée par Barié, qui lui aussi s'efforce de disculper les paroxysmes convulsifs dans la production de l'élévation thermique :

« Ces attaques, dit-il, ne sauraient, du moins en tant que facteur unique, être regardées comme cause de cet état de fièvre permanent, car durant les jours où cette jeune femme était dans un état de repos absolu, le thermomètre a pu monter jusqu'au delà de 40 degrés ; toutefois il m'a paru

que les températures véritablement hyperpyrétiques survenaient de préférence après ces accès convulsifs. »

Raffaele Vizioli (1) a noté une température de 44°,5 et de 45 degrés coexistant avec des attaques de léthargie ou survenant à la suite de celles-ci ; « mais, dit-il, la coexistence de l'apyrexie et quelquefois aussi d'une forte hypothermie descendant jusqu'à 34°,5 n'était pas rare. »

Il y avait donc dans tous ces cas coexistence de paroxysmes convulsifs ou autres et d' *équivalents thermiques de l'accès,* ou de fièvre hystérique, si l'on ne veut pas préjuger le rang que cette manifestation doit occuper dans la nosographie de la névrose. D'ailleurs, les auteurs qui ont rapporté les faits que nous venons d'analyser ont tous adopté cette opinion de l'équivalence.

L'étude des courbes thermométriques qui ont été publiées est fort intéressante. La marche de la température défie toute régularité et toute comparaison entre sujets différents.

Debove remarque déjà dans son cas que « la fièvre était à peu près le matin ce qu'elle était le soir ; il n'y avait pas d'exacerbation vespérale, du moins elle était à peine sensible, contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des affections fébriles ».

Dans une observation de Mierzejewski (2) la température présentait le *type inverse,* c'est-à-dire qu'elle était plus élevée le matin que le soir. A quatre heures et demie du matin elle était de 38°,5, à huit heures du matin de 41°,2, à six heures du soir elle descendait à 32° pour s'élever à onze heures et demie du soir à 35°. Un jour, elle monta à 43° pour retomber à 29°,3. Le chiffre de 34°,5 noté par Vizioli se trouve donc singulièrement abaissé.

L'hyperthermie dans ces cas n'est pas moins extraordinaire que l'hypothermie.

(1) Raf. Vizioli, *Ipertermia ed ipotermia in uno caso d'isterismo. Annali di Neurologia,* fasc. V et VI, 1891.

(2) Mierzejewski, *Société psychiatrique de Saint-Pétersbourg,* mai 1890. *Neurol. Centr.,* 15 septembre 1890, n° 18, p. 573.

Drummond (1) a communiqué à la *Northumberland and Durham Society* un cas où la température s'éleva à 42°,5 C. Dans la même séance, Philipson dit avoir noté 47°,2 C. Dans un cas bien observé, Lorentzen (2) trouva 44°,9 C. dans le rectum. Toutes ces températures furent dépassées dans le fait de Teale (3), qui nota 50 degrés centigrades !

On ne sait véritablement que penser devant de pareils chiffres. Bien plus, Clemow (4), qui prétend s'être mis à l'abri de toute erreur ou supercherie, a trouvé une discordance extrême de la température dans les deux moitiés du corps. Après avoir noté une température maxima de 44°, il trouve le matin 42°,5 dans l'aisselle droite et 38° dans l'aisselle gauche; à minuit les rapports sont intervertis puisqu'il existe 37° à droite et 42°,5 à gauche.

Lombroso (5) a rapporté, au Congrès de Rome, un cas dans lequel on notait 36°,6 C. dans la bouche, 45° dans l'aisselle, 38°,7 dans le rectum, 35° sur le membre supérieur, 35°,6 sur le membre inférieur.

Ces particularités se retrouvent, mais à un degré moindre, dans l'observation de Barié : la température du matin restait presque toujours supérieure de plusieurs dixièmes de degré à celle du soir. « De plus, ajoute-t-il, sauf pour un seul jour où cette différence existait à la fois pour la température de l'aisselle et du rectum, cette variation (matutinale et vespérale) de l'état fébrile n'a été notée que pour la température rectale, alors que, dans l'aisselle, la colonne de mercure continuait à s'élever davantage le soir que le matin; il y a là une sorte de *désaccord* difficile à expliquer. »

(1) Drummond, *Hysterical pyrexia. The Brit. med. Journ.*, 22 déc. 1888, p. 1397.

(2) Lorentzen, *Centrabl. f. klinische Med.*, n° 33, 1889.

(3) Teale, *The Lancet*, 20 février 1886. *Clin. Society of London.*

(4) Clemow, *Case of hysterical hyperpyrexia. The Brit. med. Journ.*, 3 décembre 1887.

(5) Lombroso, *Un caso di febbre isterica con elevazione straordinaria della temperatura. Congrès méd. intern. de Rome*, 28 mars-5 avril 1894. An. *in Rev. Neurol.*, 15 mai 1894, n° 9, p. 273.

Il est à noter encore que les émotions morales vives sont susceptibles de déterminer des ascensions brusques plus ou moins durables. Chez la malade d'Hanot et Boix, elles produisaient soit une élévation thermique, soit des crises convulsives, ce qui rapproche singulièrement ces deux manifestations paroxystiques.

Généralement, dans la fièvre hystérique comme dans les autres pyrexies, le pouls marche de pair avec la température; mais il n'en est pas toujours ainsi.

« Il est à remarquer — dit R. Vizioli — que la circulation et la respiration ne furent jamais influencées ni dans les températures basses, ni dans les températures élevées, car il y eut toujours de soixante à soixante-dix pulsations et vingt à vingt-cinq respirations par minute. »

Le contraire, au point de vue de la respiration, existait dans une observation de Henri Fabre (1). Sa malade présenta pendant trois semaines une fièvre accompagnée de dyspnée dont on ne pouvait déterminer l'origine. La température, à marche irrégulière, oscillait de 38° à 40°,6. L'anhélation était si marquée qu'on comptait de trente-cinq à quarante respirations par minute au repos, et cependant l'examen du cœur, des poumons, des reins, restait négatif.

L'absence de troubles dans l'état général, le défaut d'amaigrissement ajoutaient encore au mystère, quand, subitement, le vingt et unième jour du séjour de la malade à l'hôpital, la dyspnée cessa, en même temps que la défervescence se faisait brusquement. L'affection avait débuté par de la diarrhée qui persista, de fortes douleurs d'estomac, une céphalalgie intense, des frissons et de la courbature, puis survint la dyspnée. L'auteur nous dit bien qu'on rechercha les stigmates de l'hystérie, mais il n'ajoute pas qu'on les ait rencontrés.

Le diagnostic de : forme dyspnéique de la fièvre hystérique, porté dans ce cas, reste donc au moins douteux.

Il faut ajouter que l'origine hystérique de la manifesta-

(1) Henri Fabre, *Contribution à l'étude de la fièvre hystérique*. Th. Paris, 1888, obs. VII, p. 45, *op. cit.*

tion fébrile n'est pas moins sujette à caution dans beaucoup d'autres faits, en particulier dans celui de Sciamanna (1), relatif à une malade hystérique qui, outre la fièvre, présentait de larges taches rouges siégeant de préférence sur la face, les mains et la partie antérieure du thorax, le tout coïncidant avec un léger œdème palpébral et pharyngé. Bien que l'analyse des urines fût négatif au point de vue de l'albumine, n'est-il pas permis de songer à une fièvre éruptive, à une scarlatine par exemple, survenant chez une hystérique de dix-sept ans?

Ou bien faut-il multiplier les formes déjà si nombreuses de l'état fébrile dans l'hystérie; il serait nécessaire d'en créer autant qu'il y a d'observations publiées, car presque toutes sont dissemblables. Cela nous dispense, on le comprend, d'insister sur les phénomènes généraux et locaux si variés qui peuvent accompagner la fièvre, pour nous borner surtout à l'étude de la température elle-même. D'autant que nous aurons l'occasion de revenir quelque peu sur ce sujet dans les chapitres consacrés aux diverses manifestations viscérales de la névrose.

Si nous tentions, après bien d'autres, d'esquisser une classification qui pourrait paraître prématurée, dans l'état actuel de la science, sur une question aussi obscure que celle de la fièvre hystérique, nous diviserions les observations en trois groupes.

Au premier répondent les cas nombreux de cette *pseudo-fièvre hystérique,* bien décrite par Pinard, dans laquelle la température est normale ou ne s'élève pas au-dessus de 38 degrés. Il existe là, comme nous l'avons dit en rapportant les conclusions de cet auteur, les apparences d'un état fébrile caractérisé surtout par la rapidité du pouls et rappelant ce que l'on observe dans le goître exophtalmique. C'est l'image de la fièvre, bien plutôt que la fièvre elle-même. Ce type est réel; c'est le seul, pour notre part, que nous ayons observé; mais est-ce bien un état fébrile que celui

(1) Sciamanna, *Febbre isterica. Bollet. della Soc. lancis. di Roma,* février 1888.

dans lequel il n'existe pas à proprement parler d'élévation de la température ?

Dans un second groupe se placent tous ces faits d'élévation thermique coïncidant avec des manifestations hystériques, attaques convulsives en particulier, à la vérité indéniables, mais généralement trop peu en rapport direct avec la fièvre pour imprimer à celle-ci un caractère clinique spécial, celui qui ressort d'ordinaire de la notion de cause à effet. Ce serait la *fièvre hystérique proprement dite,* l'équivalent thermique de l'accès, puisque celui-ci, comme nous l'avons vu, peut parfois se terminer par du délire, à l'instar du paroxysme le plus légitime.

Dans un troisième, la manifestation hystérique concomitante domine la scène morbide ; c'est ce que M. Boulay a appelé la *fièvre hystérique avec pseudo-affection viscérale.* Ces pseudo-affections viscérales sont d'ordre très varié.

C'est la *pseudo-fièvre typhoïde hystérique,* dont Briand a publié un cas que Pinard, après analyse minutieuse, rapporte à la dothiénenterie vraie, affection à laquelle pensèrent un instant aussi Hanot et Boix.

La bizarrerie du début par une sorte d'attaque à forme vertigineuse, l'absence complète de prostration, et « surtout, disent-ils, l'abondance des urines, leur couleur claire, leur apparence nullement fébrile », jointes à d'autres particularités, leur firent éliminer ce diagnostic pour adopter celui de fièvre hystérique.

Les cas sont, du reste, toujours fort complexes, puisqu'ils purent songer à un moment donné, chez leur malade, en présence d'accidents pulmonaires et devant la marche bizarre de la température, à une tuberculose généralisée. La guérison eut lieu brusquement, sans convalescence, ce qui est un trait commun à tous ces faits.

Vient ensuite la *pseudo-méningite hystérique avec fièvre.* Nous avons décrit ces états (t. I, p. 267), et montré justement que leur caractéristique résidait surtout dans l'absence presque constante de l'élévation thermique. Cependant, dans un cas — resté isolé — de Brun, celle-ci s'éleva

à 39°,2. Et encore, peut-être en cherchant bien, eût-on trouvé une manifestation organique comme dans l'observation de Macé (38°,6), où il existait une vaginite intense tout à fait suffisante pour expliquer la fièvre.

D'autres fois, il existe des hémoptysies hystériques (Lorentzen), ou du ballonnement du ventre (Hanot et Boix), des phénomènes pseudo-péritonitiques s'accompagnant de fièvre (M. Putnam Jacoby, Bressler) (1). Nous renvoyons, nous l'avons dit, pour l'étude de ces formes, aux chapitres spéciaux où il sera traité des manifestations hystériques plus particulièrement localisées à un appareil viscéral.

Faut-il admettre maintenant une forme *pseudo-paludéenne* ou intermittente de la fièvre hystérique, suivant en cela l'opinion de Ch. Strack, Mercado, Sagar et Puccinnoti (2), et de bien d'autres ?

La marche de la fièvre hystérique est souvent assez irrégulière pour présenter les caractères de l'intermittence ; mais nous avons surtout en vue ici les cas où existent, avec une élévation thermique, les trois stades caractéristiques de frisson, chaleur et sueur. C'est ainsi que M. de Coquet (3) a rapporté l'observation d'une femme de vingt-neuf ans qui, à la suite d'une émotion morale vive, éprouva des douleurs gastriques violentes avec vomissements. Quelques jours après, elle fut prise de fièvre intense revenant régulièrement vers les cinq heures du soir, et s'accompagnant des trois stades classiques de la fièvre paludéenne : frisson, chaleur, sueur. Ces accès revinrent d'abord tous les deux jours (fièvre tierce), puis tous les trois jours (fièvre quarte), et cela avec une régularité parfaite pendant près de trois mois, malgré l'administration de fortes doses de quinine.

L'examen méthodique ayant révélé l'existence de stig-

(1) F. Bressler, *Hysterical fever. N.-Y. med. Record,* avril 1888, p. 466.

(2) Puccinnoti, *Histoire des fièvres intermittentes pernicieuses de Rome,* 1838.

(3) De Coquet, *Fièvre intermittente d'origine hystérique. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux.* An. *in. Bullet. méd.*, n° 80, 8 octobre 1893, p. 806.

mates hystériques, un traitement psychique (pilules de *mica panis*, bromure de potassium) fit tous les frais d'une guérison qui s'annonçait comme devant être bientôt complète au moment où l'observation fut publiée.

Évidemment, il ne saurait ici s'agir d'impaludisme vrai, mais il ne faut pas non plus s'en laisser imposer par des accidents hystériques revêtant une allure fébrile intermittente. La notion étiologique, l'absence de gonflement de la rate et surtout la constatation d'accidents hystériques concomitants, stigmates ou autres, fourniront des éléments autrement précieux pour le diagnostic que l'allure de la manifestation fébrile elle-même.

Cependant, il faut aussi se rappeler, pour montrer combien l'étude de ces faits est parfois difficile, que l'impaludisme et l'hystérie peuvent coexister, la malaria étant un agent provocateur reconnu de la névrose (1).

C'est à l'impaludisme et non à l'hystérie qu'il faut attribuer la fièvre dans les faits suivants rapportés par Brachet (2) : « M. Piorry vient de voir dans son service deux cas de fièvre intermittente hystérique. Le premier fut mortel ; le second a été guéri par le sulfate de quinine. »

Après ce que nous venons de dire, on comprend que le *diagnostic positif* de la fièvre hystérique soit des plus difficiles, et le *diagnostic différentiel* peu commode à préciser. La diagnose s'établira presque toujours par exclusion, comme dans le cas de M. Debove, et c'est, en fin de compte, l'existence d'accidents hystériques nettement caractérisés et d'ordre toujours variable, coïncidant avec une fièvre dont on ne peut trouver la source dans des altérations organiques qui permettra de se prononcer.

Quant au *pronostic*, si nous en croyons les observateurs, il serait toujours bénin, même lorsque la fièvre atteint des températures extraordinairement élevées ou descend aux degrés les plus bas de l'échelle thermométrique.

De plus, la fièvre tomberait soudainement pour ainsi

(1) Voir les indications bibliographiques, t. I, p. 93, note 4.
(2) Brachet, *Traité de l'hystérie*, 1847, p. 389.

dire, sans convalescence, ce qui la rapproche encore des paroxysmes.

Rappelons cependant que la longue durée de l'état fébrile assombrit le pronostic. Briquet avait déjà écrit que la fièvre hystérique pouvait se prolonger de trois à six mois. Dans l'observation de M. Debove, elle parut s'étendre sur une période de trois ans. Si ce cas doit être considéré comme exceptionnel, il n'est pas moins certain aussi que la manifestation que nous venons d'étudier présente un caractère indéniable de ténacité.

*
* *

En présence des difficultés du diagnostic, on devait être conduit à chercher, dans l'étude des échanges, des éléments pour caractériser, si possible, la fièvre hystérique.

En 1886, M. Debove dit dans son observation : « Lorsque la guérison est survenue, elle a été, pour ainsi dire, instantanée, sans aucune convalescence, l'amaigrissement et la perte des forces étant très peu prononcés, si on les compare à ce que nous observons dans les diverses affections fébriles, et cependant, pendant un mois, la température avait dépassé 41 degrés. »

Nous avouons que nous eussions de beaucoup préféré des poids exacts et comparatifs, déterminés avant et après cette crise, à l'affirmation de l'auteur. Les appréciations à vue d'œil, en matière de nutrition dans l'hystérie, masquent le plus souvent de grosses erreurs, ainsi que nous avons pu fréquemment nous en assurer au cours de nos recherches.

Du reste, il faut le dire, ces pesées, absolument indispensables pour apprécier les phénomènes nutritifs, font défaut dans presque toutes les observations de fièvre hystérique.

Sarbò a observé pendant quatre mois une malade atteinte de cette manifestation (*op. cit.*, p. 519). Une fois, il note que dans une semaine, la fièvre étant cependant peu élevée (38°,5 maximum), la malade perdit un

kilo 1/2. La fièvre cessa, et le mois suivant la malade regagna cinq kilos. Il semble donc nettement que l'état fébrile se fût accompagné d'un amaigrissement marqué.

Mais que dire du cas d'Auffleck (1), dans lequel la fièvre dura plus de six semaines et atteignit 41°,5? Malgré un état général caractérisé surtout par des frissons et un besoin fréquent de boire, le poids du corps monta de 108 à 126 livres anglaises. Véritablement, en matière de fièvre hystérique, il faut s'attendre à toutes les surprises!

Que donne maintenant l'analyse des urines?

En 1889, nous nous exprimions ainsi qu'il suit, en traitant de la fièvre du goitre exophtalmique, qui, ainsi que que nous avons contribué à le démontrer (2), ne s'accompagne pas d'augmentation du taux de l'urée :

« En terminant, nous serions heureux de voir de semblables recherches transportées dans le domaine de la fièvre hystérique. A notre connaissance, aucun des auteurs qui se sont occupés de cette question, et ils sont nombreux, n'a fait dans ces cas l'analyse des *excreta* urinaires.

« Peut-être y trouverait-on la caractéristique de cette complication assez rare de l'hystérie, pour qu'en deux ans nous n'en ayons pas observé à la Salpêtrière un seul exemple. »

Depuis l'époque où nous émettions ces *desiderata*, quelques auteurs ont analysé les urines de leurs malades atteints de fièvre hystérique, et ont obtenu les résultats que nous allons rapporter.

En 1890, Mierzejewski nous fait part de ses recherches dans les termes suivants : « La quantité journalière de l'urine descendit jusqu'à 300 c. c. L'urine était pâle et contenait seulement la cinquième partie de l'azote et du phosphore éliminés à l'état normal. » Il faut ajouter que dans ce cas la température, comme nous l'avons dit, était

(1) *Hysterical pyrexia. Edimburg med. Journ.*, août 1892, p. 105.

(2) Gilles de la Tourette et Cathelineau, *Contribution à l'étude de la nutrition dans l'état normal et dans la fièvre du goitre exophtalmique. Nouv. Icon. de la Salp.*, 1889, p. 306.

extrêmement variable, s'élevant, dans la même journée, à 41°,2 pour descendre à 32 degrés et même à 29°,3. Les renseignements que nous possédons sont insuffisants pour nous apprendre dans quelles conditions exactes de température fut pratiqué l'examen des urines.

La même année, Sciamanna publiait un cas de fièvre hystérique : « L'examen pratiqué sur les urines émises dans les vingt-quatre heures succédant aux températures les plus élevées (43°,6) donna, dit-il, les résultats suivants : Urine du 3 janvier : volume, 750 c. c.; poids spécifique, 1,014; urée, 13 grammes; urates très rares; pas d'albumine; rien de particulier quant aux autres éléments constituants. — Urine du 23 février : volume, 900 c. c.; poids spécifique, 1,016; urée, 14 grammes; pas d'albumine. » En somme, si l'on considère qu'il s'agissait d'une jeune fille « âgée de dix-sept ans à peine » qui éliminait 13 grammes d'urée pour 750 c. c. d'urine, on peut considérer que l'urée était bien plutôt augmentée que diminuée. Nous avons déjà dit, d'ailleurs, que ce cas, qui se compliquait d'un exanthème et d'une angine, semblait beaucoup plus rentrer dans le cadre d'une fièvre éruptive, scarlatine ou autre, que dans celui de la fièvre hystérique.

Dans le fait qui est personnel à Sarbo, où la température se maintint presque constamment vers la normale et ne dépassa jamais 38°,5, on trouve des indications très succinctes d'analyses d'urine. Le 29 octobre, la température axillaire étant de 38°,5 à gauche et de 37°,9 à droite, car on note encore dans ce cas ces différences si singulières d'un côté à l'autre qui font penser à des erreurs d'expérimentation; l'examen des urines donna les résultats suivants : « Urines, 1,150 c. c.; poids spécifique, 1,016; réaction acide; pas d'albumine; phosphates tribasiques et urates. » Le 17 décembre, la température oscille entre 36° et 38°,6 : « Poids spécifique, 1,027; *urée augmentée.* »

Dans un cas de Sacchi (1), relatif à une femme de

(1) Sacchi, *Di uno caso di probabile febbre isterica con pseudo-affezioni viscerali. Revista gener. ital. de clin. med.*, nos 6, 7, 1891.

trente-cinq ans qui, pendant quelques mois, présenta un état fébrile oscillant entre 39 degrés et 40°,5 sans altération notable de la nutrition générale (?), le poids spécifique était de 1,014 et il y avait 14 grammes d'urée par litre. Il eût été intéressant de connaître la quantité d'urine excrétée par vingt-quatre heures. Le diagnostic de fièvre hystérique était d'ailleurs douteux pour l'auteur lui-même.

Raf. Vizioli, qui connaît nos recherches sur la nutritrition dans l'hystérie et sait l'intérêt qu'il pourrait y avoir à élucider par l'analyse des urines cette question si controversée de la fièvre hystérique, a observé un cas bien étudié de cette manifestation, dans lequel la température s'éleva à 45° pour descendre jusqu'à 34°,5. Le pouls et la respiration restèrent normaux, comme nous l'avons dit, et ne furent jamais influencés par l'état fébrile. Pendant presque toute la durée de la fièvre, qui coïncida avec une conservation au moins apparente de l'état général, car les poids ne sont pas indiqués, il y eut de l'anurie et souvent des vomissements qui ne furent pas analysés.

« L'urine, quand elle était sécrétée, dit-il, fut toujours rare. Après une période d'anurie de sept jours, il ne fut pas émis plus de 4 à 500 grammes d'urine. On ne put faire que l'examen d'une urine qui, restée quatre jours dans la vessie, n'était pas moins en toute petite quantité. Le poids spécifique était relativement très bas, et aussi le taux des éléments solides et spécialement de l'urée. Il est à noter que cette urine fut émise après quatre jours dans lesquels la température se maintint à son plus haut degré. » Pendant cette période il n'exista pas de vomissements.

Dans cette unique analyse faite par un chimiste très compétent, le professeur Primavera, on constata qu'avec l'abaissement du taux du résidu fixe « les phosphates terreux et alcalins étaient en proportions égales, c'est-à-dire qu'il y avait inversion de leur formule normale ».

Et Raf. Vizioli conclut de son cas particulier et des faits que nous avons rapportés où l'analyse des urines fut

pratiquée (sauf ceux de Sarbò et d'Auffleck, qui sont postérieurs à la publication de son travail) :

« Maintenant, qui ne voit l'analogie qui existe entre la qualité des urines des hystériques dans l'état de mal hystérique, étudié par Gilles de la Tourette et Cathelineau, et celle des urines de mon cas et de ceux des auteurs cités plus haut.

« D'après cela, on peut considérer l'hyperthermie et l'hypothermie hystériques comme une des manifestations de l'état de mal hystérique dont elles représentent l'*équivalent thermique*....

« L'hyperthermie, ou, comme on a l'habitude de l'appeler, la fièvre hystérique, a désormais droit à l'existence et représente l'équivalent thermique de l'état de mal hystérique; c'est la forme thermogène de la névrose, comme le délire hystérique en est la forme mentale, la polyurie et l'anurie, la forme secrétoire, les attaques convulsives, la forme motrice, etc.

« La forte hyperthermie et la basse hypothermie d'origine hystérique sont compatibles avec l'existence. Aujourd'hui, après les études de Charcot sur les névroses hystéro-traumatiques, la température très élevée (50°), notée par Teale chez un malade, à propos duquel s'élevèrent de très vives polémiques, ne doit pas sembler incroyable. Ceux qui, aujourd'hui, après seize ans, liront les détails de ce cas ne pourront faire autrement que de le ranger parmi les observations de névrose hystéro-traumatique.

« L'hyperthermie peut ne pas influencer le moins du monde les échanges nutritifs; au contraire, ceux-ci peuvent subir une phase de diminution comme cela s'observe dans toutes les autres manifestations de l'état de mal hystérique. Cela constitue un paradoxe en apparence, quand on considère l'élévation de la température comme un effet de l'accélération des échanges nutritifs.

« En sorte que l'examen de l'urine, dans les cas de fièvre dont la nature n'est pas reconnue, est d'une importance décisive, parce qu'on a dans le faible taux des principes

solides un bon criterium pour établir le diagnostic. Cet examen est extrêmement important pour différencier les convulsions hystériques des accès d'épilepsie, spécialement dans les cas de simulation. »

L'opinion si nettement exprimée par Raf. Vizioli n'est pas faite, on le comprend, pour nous déplaire : la fièvre hystérique devient, ainsi que le voulait déjà Rummo (1), en 1889, un équivalent thermique de l'attaque et se juge comme celle-ci par la formule chimique que nous avons indiquée, avec M. Cathelineau, comme propre aux paroxysmes.

Il faut bien dire qu'à l'époque (1891) où Vizioli se montrait aussi affirmatif, les faits publiés en dehors du sien étaient, au point de vue de l'étude des échanges, peu nombreux sinon contradictoires.

Aujourd'hui, il semble hors de doute que la fièvre hystérique, ou mieux le paroxysme hystérique avec fièvre, à l'inverse de ce qui existe pour les hyperthermies *cum materia,* se juge par l'abaissement du résidu fixe, de l'urée, etc., c'est-à-dire par la formule chimique de l'attaque.

MM. Hanot et Boix, dans leur intéressante observation (1893), signalent comme une anomalie ce fait que, concurremment avec l'élévation du thermomètre, les urines étaient restées abondantes, de couleur claire, d'apparence nullement fébrile. Ils ont retrouvé l'inversion de la formule des phosphates, mais leurs recherches à ce sujet ont été faites à un moment où, si la malade était encore sous l'influence du paroxysme, la température était déjà revenue à la normale. Ils ne peuvont dont tirer un argument précis de ce dernier fait, mais les caractères généraux des urines leur ont été d'un grand secours pour le diagnostic.

Le cas publié par Santangelo Spoto (2) répond à toutes les objections qu'on pourrait présenter et confirme victorieusement nos recherches.

(1) Rummo, *La Riforma med.*, 1889, p. 1397, *op. cit.*

(2) Santangelo Spoto, *Febbre isterica come equivalente termico dell' accesso. Gazetta degli ospedali,* n° 18. 18 février 1894, p. 177.

Il s'agit d'une femme de dix-huit ans, entrée le 16 juin 1893 à l'hôpital du Saint-Sauveur, à Palerme, porteuse de stigmates hystériques, et qui présenta pendant son séjour deux périodes : « l'une convulsive, du 18 juin au 16 août; l'autre fébrile, du 17 août au 23 septembre. » Pendant la période convulsive, la malade eut chaque jour des attaques d'hystérie. La température était normale, le pouls de 68-80, la respiration de 18-20.

La période convulsive ayant cessé, survint celle d'hyperthermie, et dans le tableau détaillé annexé à l'observation, on note que la malade resta rarement un jour sans dépasser le soir 38 degrés, atteignant parfois 40°,2, la température du matin étant généralement normale. Le pouls, qui, avec 37 degrés, donnait 78, ne dépassa pas 86 avec 40°,2. La respiration, qui parfois était de 40 avec 37°,8, tombait par contre à 20-22 avec 40°,2.

Cette fièvre, on le voit, présentait des caractères fort singuliers. Revêtant assez bien le type quotidien intermittent, elle ne paraissait tirer sa source d'aucune altération organique. De plus, bien qu'ayant duré près de quarante jours, elle semblait n'avoir pas défavorablement influencé la nutrition générale ; toutefois, M. S. Spoto n'a pas pesé sa malade. Rappelons encore que, alors que le pouls ne variait pas, la respiration au contraire s'élevait lorsque la température s'abaissait.

Dans ces conditions, l'auteur résolut de chercher l'explication de cette fièvre dans les urines, qui, au lieu d'être diminuées comme dans les états fébriles ordinaires, étaient augmentées, et, étudiant soigneusement les excreta pendant l'état normal, l'état de mal convulsif et l'état de mal fébrile, il obtint les moyennes suivantes que nous reproduisons intégralement :

« *État normal, à savoir les jours où il n'y eut pas d'attaques convulsives et où la température resta normale.* Poids spécifique, 1,028; vol., 1,050 c. c.; résidu fixe par litre, 42 gr. 50; urée, 20 gr. 50; acides phosphoriques terreux, 0 gr. 58; alcalins, 1 gr. 50; rapport, 42 à 100.

« *État de mal, à savoir les cinq jours pendant lesquels il y eut le plus grand nombre d'attaques convulsives :* Poids spécifique, 1,012; vol., 1,750 c. c.; résidu fixe par litre, 32 gr. 60; urée, 13 gr. 07; acides phosphoriques terreux, 0 gr. 65; alcalins, 0 gr. 78; rapport, 65 à 100.

« *Etat fébrile, à savoir les cinq jours où la température fut la plus élevée :* Poids spécifique, 1,008; vol., 2,000 c. c.; résidu fixe par litre, 36 gr. 80; urée, 12 gr. 10; acides phosphoriques terreux, 0 gr. 60; alcalins, 0 gr. 95; rapport, 70 à 100. »

C'est la formule chimique de l'attaque dans toute sa pureté : chute du résidu fixe, de l'urée, des phosphates avec inversion de la formule de ces derniers.

Cette formule étant identique dans l'état de mal convulsif et dans l'état de mal fébrile, M. S. Spoto put conclure, avec beaucoup de justesse, que ces états sont deux « équivalents hystériques ».

« La fièvre hystérique, ajoute-t-il en terminant, ne représente pas la forme primaire (*prima*) de la névrose; comme les attaques convulsives sont la forme motrice, le délire hystérique, la forme mentale, la polyurie et l'anurie la forme sécrétoire, etc., la fièvre hystérique est la forme thermogène; c'est, en somme, un équivalent thermique de l'état de mal hystérique. »

Au fait si soigneusement étudié par M. S. Spoto vient s'ajouter celui que M. Lombroso (*op. cit.*) a présenté au congrès de Rome, en 1894. Bien que nous ne connaissions cette observation que par des comptes rendus succincts, il n'est pas douteux qu'elle ne soit superposable au cas précédent.

En effet, avec une température de quarante-cinq degrés l'auteur nota la diminution du résidu fixe, de l'urée, des phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers.

La fièvre, dans l'hystérie, est donc entièrement assimilable à un paroxysme ordinaire, à sa forme prolongée ou état de mal.

Pratiquement, l'examen des urines rendra des services

très précieux pour le diagnostic, étant donné le peu de certitude que l'on tire d'ordinaire d'une symptomatologie qui varie pour chaque cas en particulier.

En terminant, nous dirons que Chauveau (1), Boulay et Sarbò, s'appuyant sur les recherches physiologiques d'Eulemburg et Landois, de Schreiber, de Ch. Richet, de Girard et autres auteurs sur les centres thermiques de l'écorce cérébrale, admettent une action directe de la névrose sur ces centres, dont l'excitation ou l'inhibition produiraient la fièvre hystérique et peut-être aussi l'hypothermie. Ce sont là de simples hypothèses que nous devions signaler sans chercher davantage à les approfondir.

(1) Chauveau, *Formes cliniques et pathogénie de la fièvre hystérique.* Th. Paris, 1888. — V. aussi : Bonardi, *Sulla febbre isterica e su di un caso di febbre intermittente nell' uomo. Gazzetta d. Osped.*, n° 69, 1894. Simulation hystérique de la fièvre palustre chez un hnmme de vingt et un ans

FIN DU TOME DEUXIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

LES PAROXYSMES HYSTÉRIQUES A FORME D'ATTAQUES ET D'ÉTATS DE MAL

CHAPITRE PREMIER

LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE

Considérations générales sur les paroxysmes.

PAROXYSME AIGU OU GRANDE ATTAQUE CONVULSIVE. — Fréquence comparative suivant l'âge et le sexe. — *Causes provocatrices :* émotions morales vives ; hypnotisations intempestives ; première attaque et attaques ultérieures : se coulent dans le même moule chez le même sujet.

Les aura : a) phénomènes prémonitoires : *b*) aura proprement dites.

Phénomènes prémonitoires psychiques : changements de caractère, tristesse, cauchemars, hallucinations ; — *physiques :* influence de la volonté sur leur prolongation et même sur leur disparition.

Aura proprement dites : Sensitives, sensorielles, motrices.

Aura céphalique ; troubles vaso-moteurs ; *aura commune* ou *ovarienne*, épigastrique ; cervicale ; *boule hystérique.* — Impuissance de la volonté sur l'arrêt des *aura* proprement dites.

Description de la grande attaque convulsive : toutes les phases se retrouvent dans les épidémies de possession. — Charcot et son École.

Première période ou épileptoïde : a) phase tonique ; *b*) phase clonique ; *c*) phase de résolution musculaire ou de stertor. — Durée ; gonflement du cou ; phénomènes pupillaires.

Deuxième période ou de clownisme : a) phase des attitudes passionnelles ; *b*) phase des grands mouvements. — Arc de cercle.

Troisième période ou des attitudes passionnelles. — Rêve de l'attaque. — Hallucinations puisées dans l'état mental habituel : tristes, gaies, érotiques. — Zoopsie.

Quatrième période ou de délire : continuation de la troisième. — *Durée de l'attaque.* — Discussion sur la régularité de ses phases.

Diagnostic différentiel. — *Pronostic.* — L'attaque est un modificateur puissant du terrain hystérique 1

CHAPITRE DEUXIÈME

LA NUTRITION DANS LES PAROXYSMES ET PARTICULIÈREMENT DANS L'ATTAQUE CONVULSIVE.

Opinions de Rayer, de Briquet sur les urines de l'attaque. — *Recherches de Gilles de la Tourette et Cathelineau*, 1888-1894. — Méthode d'expérimentation. — Les modifications nutritives débutent avec l'attaque et ne s'étendent pas au delà d'une période de vingt-quatre heures. — Urine primaire; urine secondaire. — *Polyurie relative; diminution réelle.* — Absence d'éléments anormaux. — *Formule chimique de l'attaque :* Abaissement du taux du résidu fixe : urée, chlorures, sulfates, phosphates avec *inversion de la formule* de ces derniers. — Cette formule est applicable aux autres paroxysmes hystériques sous forme d'attaques. — *Diagnostic chimique différentiel avec l'accès d'épilepsie.*

Discussion des recherches de Gilles de la Tourette et Cathelineau portant principalement sur l'inversion de la formule des phosphates. — J. Voisin, etc. — *Opinions confirmatives :* Rummo, Grasset, Pitres, Voulgres, Chantemesse, Bosc, etc. — *Le coefficient d'oxydation n'est pas diminué : il y a diminution et non ralentissement des échanges....* 77

CHAPITRE TROISIÈME

DE QUELQUES VARIÉTÉS DE L'ATTAQUE PAR PRÉDOMINANCE DES PHÉNOMÈNES DE L'AURA. — L'ATTAQUE DE SPASMES ET LA MORT DANS LE PAROXYSME HYSTÉRIQUE.

FORMES FRUSTES ET IRRÉGULIÈRES DE L'ATTAQUE. — *Hysteria major et hysteria minor.*

Variétés par absence d'aura. — Vertiges hystériques. — Variétés par prédominance d'une aura partie d'une zone hystérogène.

Variétés par prédominance des phénomènes spasmodiques de l'aura commune :

L'ATTAQUE DE SPASMES : *sa gravité.*

LA MORT DANS L'ATTAQUE D'HYSTÉRIE. Cas de Willis, Brachet, Comby, de Graaf, Morgagni, Rullier, M. Raynaud, etc. *Conclusions.....* 115

CHAPITRE QUATRIÈME

DE QUELQUES VARIÉTÉS DE L'ATTAQUE ET DE L'ÉTAT DE MAL HYSTÉRIQUE REVÊTANT PLUS PARTICULIÈREMENT LE TYPE CONVULSIF.

ATTAQUE ET ÉTAT DE MAL ÉPILEPTOÏDE. — Considérations générales sur les états de mal. *Charcot et Bourneville.* — Durée des périodes d'état de mal, des groupes d'attaques et de leurs intervalles. — Marche et terminaisons. — *Diagnostic avec l'état de mal épileptique.* — Recherches de Bourneville sur la *température* dans les états de mal. — *La nutrition dans les états de mal épileptique, et hystérique épileptoïde.*

ATTAQUE ET ÉTAT DE MAL A FORME D'ÉPILEPSIE PARTIELLE. — Ballet et Crespin. — Étude des échanges nutritifs

Attaque avec prédominance des phénomènes de la deuxième période ou *attaque démoniaque* 140

CHAPITRE CINQUIÈME

DE LA CHORÉE RYTHMÉE ET DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES.

Considérations historiques sur la CHORÉE RYTHMÉE. — *Période ancienne :* Les monomanies épidémiques du moyen âge. — *Période moderne :* Germain Sée, 1850; Charcot; Pitres. — *Classification des spasmes rythmiques.* — Étiologie générale. Age; sexe. Causes occasionnelles. — Rapports avec l'attaque convulsive commune : forme paroxystique ; forme à allure chronique. — *Description :* Spasmes localisés; généralisés. — *Marche et évolution.* — Récidives. *Pronostic.*

Diagnostic. Considérations sur la *chorée arythmique hystérique.* — Chorée de Sydenham. — Maladie des tics convulsifs. — Chorée de Dubini. — Chorée électrique. — Paramyoclonus multiplex. — Chorée de Huntington 176

CHAPITRE SIXIÈME

DE L'ATTAQUE ET DE L'ÉTAT DE MAL DE SOMMEIL HYSTÉRIQUE.

Considérations historiques. — Observations anciennes. — Vésale; Ambroise Paré; Ch. Lepois; Sydenham. — Louyer-Villermay; Pfendler; Landouzy; Briquet.

Période actuelle. — Charcot; Bourneville et Regnard; P. Richer; Pitres; Debove; Gilles de la Tourette; Achard; Parmentier; Lowenfeld, etc.

Fréquence comparative des attaques de sommeil. — Sexe. — *Causes provocatrices.* — Modes de début. — Aura.

Description des attaques et de l'état de mal. — Aspect du sujet. — Étude du pouls, de la respiration, de la température. — État mental : hallucinations. — *Grands mouvements : salutations.* — Durée. — Récidives. — Terminaisons. — Pronostic.

Étude de l'alimentation et des échanges nutritifs. — Gilles de la Tourette et Cathelineau.

Diagnostic. — Apoplexie d'origine organique avec ou sans hémiplégie. — *Narcolepsie.* — Mélancolie cataleptiforme avec stupeur. — *Catatonie.* — *Mort apparente et mort réelle.* — *Rapports entre la léthargie hystérique et la léthargie hypnotique.*

Considérations médico-légales. — Le viol dans l'attaque de sommeil hystérique. — P. Brouardel. — Gilles de la Tourette 202

CHAPITRE SEPTIÈME

L'ATTAQUE CATALEPTIQUE. — L'ATTAQUE DE DÉLIRE ET LES ÉTATS DÉLIRANTS.

L'ATTAQUE CATALEPTIQUE. — Considérations historiques sur la catalepsie: Georget; Bourdin; Puel; Briquet; Falret; P. Richer. — Intensité des hallucinations. — *Formes de l'attaque cataleptique :* La catalepsie se mélange aux autres phénomènes de la grande attaque. La catalepsie paraît

seule en cause. — Description. — *État de mal cataleptique.* — Considérations sur les excreta urinaires.

L'ATTAQUE DÉLIRANTE : Briquet; Charcot; Pitres. — Fréquence chez l'enfant. — *Variétés :* Forme maniaque; Délire mélancolique; Mélancolie stupide et gâtisme; Forme hallucinatoire; *Galéanthropie.* — L'attaque de délire ecmnésique.

LES ÉTATS DE MAL DÉLIRANTS. Description. — Diagnostic; Pronostic. — Considérations sur les excreta urinaires..... 264

CHAPITRE HUITIÈME

LES FORMES SOMNAMBULIQUES DE L'HYSTÉRIE. — LES ÉTATS SECONDS. — L'AUTOMATISME HYSTÉRIQUE AMBULATOIRE.

Considérations sur les *rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme.* — Identité des deux états. Vizioli ; Moczutkowski. — Recherches de Gilles de la Tourette et Cathelineau. —Conclusions de Pitres.

LES ÉTATS SOMNAMBULIQUES. Considérations générales. — Charcot ; Gilles de la Tourette ; P. Richer ; G. Guinon ; Mesnet ; Chambard, etc. — Le *somnambulisme* dit *naturel* dans ses rapports avec l'hystérie. — *Les attaques d'hystérie à forme somnambulique.* — Description : Cas de Mesnet. Caractères de l'attaque. Étude de la sensibilité générale et des divers sens. Oubli au réveil. Recouvrance du souvenir dans une deuxième attaque. — Considérations médico-légales.

LES ÉTATS DE MAL SOMNAMBULIQUES OU ÉTATS SECONDS. — Ce sont des états hystériques : Gilles de la Tourette, 1887. — Analyse des faits. Cas de Bellanger, d'Azam, etc. — Accentuation de l'indépendance des deux états, premier et second : deux faits de G. Guinon. — Cas de Mac Nish, etc. — Évolution. — Pronostic.

L'AMNÉSIE RÉTRO-ANTÉROGRADE d'origine hystérique. Charcot. Souques.

L'AUTOMATISME HYSTÉRIQUE AMBULATOIRE. — Histoire d'Albert D... rapportée par Pitres et Tissié. — Un cas d'automatisme *comitial* ambulatoire de Charcot. — Diagnostic différentiel : L'automatisme ambulatoire chez les *neurasthéniques, les alcooliques, les aliénés.* — Géhin. — *Le Juif errant de H. Meige.* — Divers cas d'automatisme hystérique. — Les travaux de M. Pitres et de ses élèves. — Pronostic.

Considérations générales et discussion sur la *folie dite hystérique....* 297

DEUXIÈME PARTIE

LES TROUBLES TROPHIQUES DANS L'HYSTÉRIE

CHAPITRE NEUVIÈME

TROUBLES TROPHIQUES CUTANÉS.

Les travaux de M. Charcot et de son École. — Choix à faire parmi les observations anciennes.

LES TROUBLES VASO-MOTEURS CUTANÉS OU DIATHÈSE VASO-MOTRICE. — Interpré-

tation physiologique : *Premier degré du processus :* dermographie spontanée ou provoquée; phénomènes d'asphyxie locale. — Influence des attaques. — Sueurs localisées ou généralisées. — *Urticaire.*

Deuxième degré du processus : L'œdème hystérique. — *Sydenham ;* Carré de Montgeron; Brodie; *Charcot.* — Description : œdème *blanc, rouge, bleu.* — Superposition à l'arthralgie, à la paralysie, à la contracture. — Ténacité. — *Diagnostic différentiel :* rhumatisme articulaire; phlegmon; syringomyélie; œdème simple; œdème angio-nerveux.

Les éruptions cutanées d'origine hystérique : Le pemphigus type d'élément éruptif. — *Historique.* — Dissémination, localisation. — Influence provocatrice des paroxysmes. — Douleurs locales prémonitoires; troubles de sensibilité. — Récidives. — *Herpès gangreneux de Kaposi.* — Eczéma.

Troisième degré du processus : Les lésions gangreneuses de la peau chez les hystériques. — Historique. — Description. — Marche chronique; récidives; cicatrices chéloïdiennes. — Interprétation : cas de A. Fournier et Veillon. — *Discussion sur la simulation.*

Altérations pigmentaires. — Vitiligo. — Dyschromies et lichen de Hallopeau et Larat. — *Erythromélalgie*..... 377

CHAPITRE DIXIÈME

LES HÉMORRAGIES DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES DES ORGANES DES SENS.

LES ECCHYMOSES SPONTANÉES. — Influence de l'attaque et de l'état mental. — Description. — *Considérations médico-légales.*

LES HÉMORRAGIES CUTANÉES. — Considérations historiques : saint François d'Assise et Louise Lateau. — Carré de Montgeron; Frédéric Hoffmann; Van Swieten; Caizergues; Pinel; Magnus Hüss; Parrot, etc. — *L'École de la Salpêtrière :* Ferran; A. Martin. — *Le mémoire de Bourneville* sur Louise Lateau fixe la nosologie et l'interprétation de ces phénomènes.

Étiologie. — Indépendance des menstrues. Influence de l'attaque. — Localisations très variées. — Sensations, douleurs prémonitoires *in situ;* type névralgique.

Description : 1er *Cas :* absence de solution de continuité de la peau. — Coexistence fréquente de l'œdème; faux érysipèle. — Dilution du liquide exsudé. — *Caractères microscopiques du sang.*

2e *Cas :* Solution de continuité. — Hémorragies par vésicules, bulles, ampoules, plaies, ulcères. — Cicatrisation dans l'intervalle de deux *attaques d'hémorragie.* — Cicatrices chéloïdiennes. — Durée d'une période. — Persistance chez le même individu. — Quantité de l'écoulement sanguin. — Diagnostic. — Pronostic.

HÉMORRAGIES DES MUQUEUSES DES ORGANES DES SENS : Épistaxis. — Hémorragies oculaires. — Otorragies; leur importance clinique.

INTERPRÉTATION DES TROUBLES TROPHIQUES LIÉS A LA DIATHÈSE VASO-MOTRICE : Tirée des faits *spontanés :* Influence du rêve de l'attaque. — *Production de lésions figurées :* sœur Jeanne des Anges. — Tirée des faits *provoqués :* Expériences de Focachon, de Mabille, etc. — L'École de la Salpêtrière. — *Conclusions*..... 432

CHAPITRE ONZIÈME

TROUBLES TROPHIQUES DES ANNEXES DE LA PEAU ET DES TISSUS PROFONDS. — LA FIÈVRE HYSTÉRIQUE

Troubles trophiques des cheveux, des poils et des ongles. — Diminution de la tension électrique du corps.

Le sein hystérique. — Willis ; Fréd. Hoffmann ; Carré de Montgeron : Watson ; A. Cooper ; *Brodie ;* Landouzy ; *Liouville et la thèse de Connard* 1876 ; Bourneville et Regnard ; Fabre ; Fowler, etc. — Constitué par une *zone hyperesthésique hystérogène et l'œdème* du tissu conjonctif de la glande. — *Étiologie :* Sexe féminin ; contusion ; état psychique. — Unilatéralité très fréquente. — *Description.* — Zone hystérogène de la peau de la mamelle. — Douleurs spontanées *in situ.* — *Crises de gonflement accompagnées ou non d'un paroxysme convulsif.* — Aspect variable des téguments. — *Forme à tumeurs de Fowler.* — Marche ; durée. — Anatomie pathologique. — Diagnostic. — *Interprétation rétrospective du cas d'Anne Augier et de celui de la demoiselle Coirin rapportés par Carré de Montgeron.*

L'atrophie musculaire hystérique. — Carré de Montgeron. — Kalkoff. — *Le mémoire de Babinski* 1886. — Massalongo ; Debove ; *Gilles de la Tourette et Dutil,* etc. — *Étiologie.* — Caractères généraux. — *Formes variées :* généralisées, localisées. — *Réactions électriques.* — Diagnostic : pronostic ; nature.

Cas complexes : atrophie des muscles, de la peau et des os ; chute des dents ; craquements synoviaux.

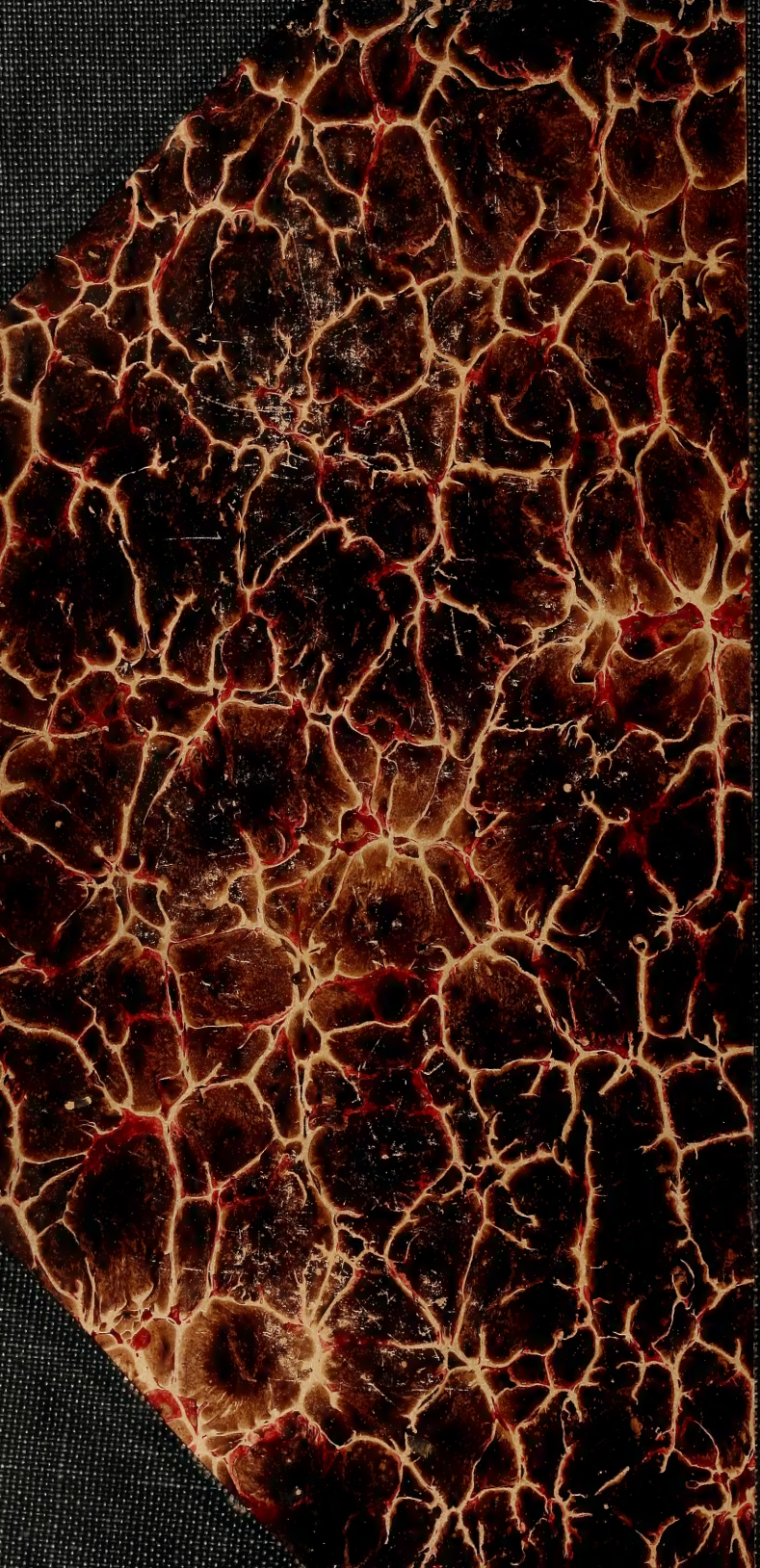
La fièvre hystérique, — Admise par les anciens auteurs : Baillou, Rivière, Morgagni, Pomme, etc. — Rejetée par l'école physiologique de Broussais. — Admise à nouveau par Briquet, Gagey, Briand. — Rejetée par Pinard ; *pseudo-fièvre hystérique.* — Admise à nouveau par Debove et les observateurs actuels. — *Description :* fièvre hystérique proprement dite ; fièvre avec phénomènes hystériques concomitants. — Simple coexistence des attaques. — Irrégularités des courbes thermiques. — *Hyperthermie et hypothermie.* — Dissociation de la température ; du pouls et de la respiration. — *Diagnostic ; pronostic.*

Étude des échanges nutritifs dans la fièvre hystérique. C'est un équivalent thermique de l'attaque, ou mieux un paroxysme à forme de fièvre.. 474

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME DEUXIÈME.

PARIS. TYP. DE E. PLON, NOURRIT ET Cie, 8, RUE GARANCIÈRE. — 5.

19.F.174

COUNTWAY LIBRARY OF MEDICINE
RC
532
G41
Pt.2, I

RARE BOOKS DEPARTMENT